



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MARIA DO CARMO CAMPOS DOS SANTOS**

**CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA-BA  
FRENTE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES**

**FEIRA DE SANTANA – BA  
2009**

**MARIA DO CARMO CAMPOS DOS SANTOS**

**CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA-BA  
FRENTE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Conceição O. Costa

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Técia Daltro B. Alves

**FEIRA DE SANTANA – BA**

**2009**

**MARIA DO CARMO CAMPOS DOS SANTOS**

**CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA-BA  
FRENTE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 10 de março de 2009.

**Banca Examinadora**

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Evelyn Eisenstein

Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

---

Prof<sup>a</sup> Dr. Jeidson Antonio Morais Marques

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Conceição Oliveira Costa

Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

**A todas as crianças e adolescentes que possam ter a esperança de dias mais felizes e tranquilos, tendo seu sofrimento amenizado ou evitado pela possibilidade de mudança de postura de pelo menos um profissional de saúde...**

**A todos os profissionais de saúde nos quais esta pesquisa tenha conseguido plantar um semente de inquietação frente ao sofrimento de crianças e adolescentes...**

**A TODOS que do seu jeito, seja com palavras de incentivo ou com gestos de apoio, demonstraram a sua crença na minha vontade de ser uma profissional de SAÚDE e uma pessoa mais HUMANA...**

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- ✓ **A Deus**, por ter me demonstrado, a cada dificuldade e a cada renúncia, que a sua presença ao meu lado era a certeza de que chegaria ao final desta fase com o sorriso no rosto e a cabeça erguida;
- ✓ **Aos meus pais, Ita e Rege**, que com seu AMOR, INCENTIVO e APOIO INCONDICIONAIS, sempre demonstraram a sua crença nos meus sonhos e no meu desejo de crescer. **Mãe e Pai**, a história de vida de vocês sempre foi o meu maior estímulo. **Sou nada sem vocês!!!**;
- ✓ **A Gewdy, Amor da minha vida**, por cada olhar de admiração, por sua presença constante, por seu exemplo de superação contínua, por sua cumplicidade, por sua espera..., me demonstrando a diferença que seu AMOR faz em minha vida. **Nego**, melhor do que conquistar vitórias, é compartilhá-las com VOCÊ. **Te amo!!!**;
- ✓ **Aos meus irmãos e amores, Rogério, Jorge, Chiquinho, Ginho, Cris, Lú, Cau e Leila (Cathu)**... O exemplo, o apoio e a presença de cada um de vocês, me faz ver o quanto sou privilegiada por tê-los ao meu lado como **MINHA FAMÍLIA**;
- ✓ **A Cris**, por ter, com sua presença, alegria, dedicação e cumplicidade, tornado o Canadá uma experiência ainda mais ÚNICA...**Tina**, tenho orgulho de ser sua irmã!!!;
- ✓ **A Dinho**, por seu carinho, apoio e **COMPANHIA** desde o meu primeiro dia no Canadá... **Meu Lindo**, obrigada por ter tornado minhas noites e madrugadas mais cheias de luz e força!!!;
- ✓ **Aos meus sobrinhos, Alex, Aninha, Cacau, Dan, Dinho, Gabi, Ginado, Kari, Lan, Lari, Loly, Peu e Tai**, por cada sorriso, mensagem e

demonstração de carinho enquanto estive no Canadá. **Meus Lindos, AMO VOCÊS!!!;**

- ✓ **À minha Família de Feira, tia Elza, tio Gordo, Van, Gilmar, Nonói, Selma e Lene...** Serei eternamente grata pelo carinho e cuidado com os quais me receberam;
- ✓ **A Dona Zene, Sr. Dida, Keu, Daniel, Rick, Gel , Sílvio, Binho, Belinha e Viny** pelos maravilhosos finais de semana revigorando minhas forças com suas companhias. Obrigada por me receberem tão bem nessa família!!!;
- ✓ **À minha orientadora professora Dra. Maria Conceição Oliveira Costa,** pelo seu exemplo de dedicação, garra e superação, por seus ensinamentos e cuidado, por seu apoio constante, por sua crença em meu trabalho, e sobretudo, pela oportunidade de crescer como profissional e ser humano a partir da experiência em Montreal. **Pró, NOUS AVONS REUSSI !!!;**
- ✓ **À minha co-orientadora professora Dra. Técia Daltro Borges Alves,** por suas orientações, compreensão e confiança.

## AGRADECIMENTOS

- ✓ **Aos amigos e colegas do mestrado Wilza, Elisângela, Emanuela, Valesca, Maíza, Kleize, Silvânia, e em especial** aos meus amigos de Epidemiologia, **Carolzinha, Julie, Jefferson, Paulinha, Mila, Ritinha e Kaio**, que fizeram do mestrado uma experiência inesquecível e enriquecedora. Amigos, sentirei **saudades** dos nossos momentos...;
- ✓ **Aos amigos e companheiros do NNEPA, Analy, Aurino, Daniele, Felipe, Iuri, Karina, Karine, Lore, Luciano, Lívia, Luciana, Marcos, Mari, Ohaninha e Xanda**, pelo enorme apoio na coleta e digitação dos dados, pelo incentivo, e sobretudo, pelos momentos maravilhosos e por cada ensinamento. **Amigos, não teria conseguido sem VOCÊS!!!**;
- ✓ **Ao amigo e colega Marcos**, pelo apoio desde o primeiro momento, por seu enorme empenho na coleta de dados e principalmente, pela sua boa vontade e coração bom;
- ✓ **A Mari e Ohaninha**, pelo grande apoio e ajuda que me deram no mestrado e principalmente, enquanto estive no Canadá;
- ✓ **A Karina**, pela organização e digitação do banco de dados;
- ✓ **A Xanda**, por sua paciência e valiosos ensinamentos em banco de dados e SPSS... Xanda, se cheguei até aqui, foi porque você também me ajudou.
- ✓ **A querida amiga Nice**, por seu companheirismo na disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, seu incentivo e auxílio na coleta de dados;
- ✓ **À professora Rosely Cabral** por ter me acolhido tão bem no NNEPA desde o início do mestrado, assim como pelo seu incentivo, disponibilidade e apoio;

- ✓ **Ao amigo e “sempre professor” Nilton Cesar Nogueira dos Santos** pelo incentivo, apoio e exemplo de perseverança luta e superação...;
- ✓ **Ao amigo e querido colega Jeidson Antonio Morais Marques**, por ter despertado meu olhar para a minha responsabilidade enquanto profissional de saúde no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes;
- ✓ **A Paloma Pinho**, pela boa vontade e apoio em momentos decisivos da coleta de dados;
- ✓ **Ao professor Carlos Teles**, pelos ensinamentos e orientação na construção da metodologia e bases para a análise dos dados;
- ✓ **À professora Waldelene**, pelo auxílio no projeto e coleta de dados;
- ✓ **A Goreth, Jorge e Siomara**, pela disponibilidade constante, boa vontade e ajuda em todos os momentos em que precisei;
- ✓ **A Goreth e Luíza**, pelo apoio e boa vontade durante as aulas, seminários, qualificação e defesa;
- ✓ **Ao Sr. Piro e Sr. Alúcio**, por suas agradáveis e bondosas companhias durante a coleta de dados;
- ✓ **À Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana-BA**, por ter acreditado e apoiado essa pesquisa;
- ✓ **A todos Médicos, Cirurgiões-Dentistas, Enfermeiros, Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, ACS e administradores das Unidades de Saúde:** Alecrim Miúdo, Campo do Gado Novo, Conceição I e III, Expansão I, Feira IX-I, Feira X-V; Fraternidade I, Gabriela I, George Américo I e II, Homero Figueiredo, Humildes II, Ipuacú, Jaguará I, Oyama Figueiredo, Panorama I e II, Parque Lagoa Subaé, Pedra do Descanso, Rosário, Santa Mônica II, São Cristóvão, São José I, Sobradinho I, Terra Dura, Tiquaruçú, Tomba I, II e IV, Viveiros I e



II, CSU, CASSA, Irmã Dulce, Jardim Cruzeiro, Mangabeira, Parque Ipê e Baraúnas. **Obrigada** por terem me recebido tão bem, acreditado e colaborado, tornando esta pesquisa possível e gratificante!!!.

- ✓ **À amiga Patrícia Hammes**, por ter me acolhido tão bem e me apoiado nos momentos difíceis em Montréal e por seu apoio na análise dos dados;
- ✓ **A PPPG e a CAPES**, pela bolsa de apoio financeiro durante o mestrado;
- ✓ **Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva** por todos os ensinamentos durante o mestrado e contribuição para meu aperfeiçoamento profissional e pessoal;
- ✓ **Ao professor Davi Félix**, pela excelente experiência durante o estágio docência;
- ✓ **Ao governo do Canadá e à Univesité du Québec à Montréal na figura do professor e supervisor Dr. Marc Bigras**, pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal e pelo apoio durante todo o meu estágio de pesquisa no Canadá;
- ✓ **À professora Ceci Vilar Noronha**, pelas excelentes contribuições na qualificação do projeto;
- ✓ **À professora Maria Conceição Costa Carvalho**, pelo apoio, ensinamentos de francês e torcida durante a minha preparação para ir para o Canadá;
- ✓ **À professora Gilcélia**, pelas palavras de incentivo e ensinamentos durante a minha seleção do mestrado;
- ✓ **A TODOS**, que fizeram dessa pesquisa gratificante e inesquecíveis momentos de aprendizado e superação.

"...nem sempre é possível curar ou resolver uma necessidade apresentada, mas é sempre possível cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro."

(SANTOS; ASSIS, 2006).

## RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno complexo que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, trazendo conseqüências para o desenvolvimento, o que suscita medidas de intervenção de todos os setores da sociedade, entre os quais o Setor Saúde. O objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento técnico na temática, bem como a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica (Programa de Saúde da Família-PSF e Unidade Básica de Saúde-UBS), frente à vitimização de crianças e adolescentes pela violência física e sexual, em Feira de Santana-BA, 2008. Estudo de corte transversal, com amostra aleatória estratificada por conglomerado em um estágio. A amostra foi de 582 profissionais, com 13,0% de perdas. Foram realizadas análises descritivas e bivariadas entre variáveis independentes e dependentes, utilizando a Razão de Prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC) como medida de associação e o qui-quadrado de Pearson, para a significância estatística. As variáveis dependentes foram identificação e notificação de casos e as independentes: características sociodemográficas (faixa etária, sexo e filhos); características da atividade profissional (tempo e local de serviço, categoria profissional, e capacitação prévia. Os resultados apontaram 88,9% de profissionais do sexo feminino; 62,8% integrantes do PSF e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) totalizaram 57,0%. Quanto ao conhecimento sobre o tema, os sinais e sintomas mais apontados foram agressividade, tristeza, isolamento, hematomas e lesões em genital; os principais agressores para as violências foram pai e padrasto (cerca de 80,0%); mais de 60,0% relataram conhecimento sobre notificação dos casos às autoridades competentes e o Conselho Tutelar foi o local mais referido (57,6%). Apenas 27,9% dos profissionais receberam informação na temática. Do total da amostra, 39,7% afirmaram identificação ou suspeita, principalmente por informação de terceiros (37,3%); o local principal de ocorrência da violência foi o domicílio (52,3%), sendo a violência sexual mais referida (53,5%), principalmente nas faixas de 6-9 anos e 10-13 anos e no sexo feminino (67,9%). A co-ocorrência das violências física e sexual foi citada por 51,4%, sendo pai, padrasto e mãe os principais agressores. Os resultados apontaram que 56,9% de pelo menos um dos casos relatados foram notificados, embora apenas 17,8% tenha sido realizado pelo próprio profissional; os principais notificantes foram um profissional de saúde e a mãe; o Conselho Tutelar (45,2%) e a Delegacia (33,6%) foram os locais

mais procurados. Para a identificação de casos, foram observadas associações estatisticamente significantes com as variáveis sexo feminino, presença de filhos, tempo de serviço de 6-10 anos; categorias profissionais médico e enfermeiro e capacitação prévia. Acredita-se que sensibilização e capacitação são condições essenciais para ampliar a condição técnica, responsabilização e atitude profissional diante da violência, identificando e notificando os casos, independente da área de atuação, o que contribuirá para que crianças e adolescentes possam crescer e se desenvolver de forma segura, digna e saudável.

**Palavras – chaves:** violências física e sexual; crianças e adolescentes; profissionais de saúde.

## ABSTRACT

The violence against children and adolescents is a complex phenomenon that reaches all the social classes, ethnicities, religions and cultures, bringing consequences to the development, that become necessary measures of intervention of all the sectors of the society, between which the Sector Health. The objective of this study was to analyse the technical knowledge in the theme, as well as the attitude of the health professionals of Basic Care (Family Health Program-PSF and Health Basic Unit-UBS), up against children and adolescents victimization for the physical and sexual abuse, in Feira of Santana-BA, 2008. It is an epidemiologic study of cross cutting with random sampling, stratified by groups in a stage. The sample was 582 professionals, with 13,0% of losses. Descriptive analyses and bivariates were carried out between independent and dependent variables, using the Reason of Prevalence (RP) and respective intervals of confidence (IC) like measure of association and the chi-square of Pearson, for the statistical significance. The dependent variables were identification and notification of cases and the independent ones were the sociodemographic characteristics (age group, sex and children); characteristics of the professionals activity (time and place of service, professional category) and qualification. The results pointed to 88,9% of professionals of the female sex; 62,8% integrants of the PSF and the Community Health Agents (ACS) totalized 57,0%. As for the knowledge on the subject, the most pointed signs and symptoms were aggressiveness, sadness, isolation, bruises and injuries in genital; the principal aggressors for the violence were the father and stepfather (around 80,0%); more than 60,0 % reported knowledge on proceedings of notification to the competent authorities, being the Advice To tutor was the most mentioned (57,6%). Only 27,9% of the professionals received information in the theme. On notification or suspicion of cases, 39,7% claimed, principally through information of third ones (37,3 %); the principal place of the violence was the residence (52,3%), being the most mentioned sexual abuse (53,5%), principally in the ages of 6-9 years and 10-13 years and in the female sex (67,9%). The co-occurrence between the physical and sexual violences was reported by 51,4%, being the father, stepfather and mother the principal aggressors. Among the identified cases, 56,9 % reported the notification, though only 17,8% has been carried out by the professional himself; the main denunciators were a health professional and the mother; the Advice To tutor (45,2%) and the Police

Station (33,6%) were the places most looked for. For the identification of cases, statistically significant associations were observed with the variables of the female sex, presence of children, time of service of 6-10 years; status professional of doctors and nurses and to have qualification. It is believed that the sensitization and qualification are essential conditions to enlarge the technical condition, responsibility and professional attitude up against violence, as for the identification and notification of cases, independent of the area of acting, which contributes to that children and adolescents could grow and develop in the safe, worthy and healthy form.

**Keys – Words:** physical and sexual violences; childhood and adolescence; health professionals.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Características sociodemográficas dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008 .....	74
<b>Tabela 2</b> – Características da atividade dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.....	75
<b>Tabela 3</b> – Conhecimento técnico dos profissionais da Atenção Básica de Saúde sobre os aspectos relacionados à violência contra crianças e adolescentes, Feira de Santana-BA, 2008.....	77
<b>Tabela 4</b> – Relato de casos e atuação dos profissionais da Atenção Básica de Saúde frente às crianças e adolescentes vítimas de violência física, sexual e outras, Feira de Santana-BA, 2008.....	80
<b>Tabela 5</b> – Relato de notificação de casos pelos profissionais da Atenção Básica de Saúde frente às crianças e adolescentes vítimas de violência física, sexual e outras, Feira de Santana-BA, 2008.....	81
<b>Tabela 6</b> – Aspectos da capacitação profissional prévia na temática da violência contra crianças e adolescentes, Feira de Santana-BA, 2008.....	82
<b>Tabela 7</b> – Relato de casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo o sexo dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.....	83
<b>Tabela 8</b> – Atuação profissional diante de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo o sexo dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.....	84

<b>Tabela 9</b> – Relato de casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo o tipo de unidade de atuação dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.....	86
<b>Tabela 10</b> – Atuação profissional diante de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo o tipo de unidade de atuação dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.....	87
<b>Tabela 11</b> – Relato de casos crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo a categoria profissional da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.....	89
<b>Tabela 12</b> – Atuação profissional diante de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo a categoria profissional da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.....	90
<b>Tabela 13</b> – Relato de casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo o tempo de serviço dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.....	92
<b>Tabela 14</b> – Atuação profissional diante de crianças adolescentes vitimizados pela violência, segundo o tempo de serviço dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.....	93
<b>Tabela 15</b> – Prevalência, Razão de Prevalência e respectivos Intervalos de Confiança, para o relato de identificação de casos suspeitos ou confirmados de vítimas de violência contra crianças e adolescentes, Feira de Santana-BA, 2008.....	94
<b>Tabela 16</b> – Prevalência, Razão de Prevalência e respectivos Intervalos de Confiança, para o relato de notificação de casos suspeitos ou confirmados de vítimas de violência contra crianças e adolescentes, Feira de Santana-BA, 2008.....	143



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABRAPIA</b>	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência
<b>AC</b>	Acre
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>ADA</b>	American Dental Association
<b>AM</b>	Amazonas
<b>BA</b>	Bahia
<b>CEOs</b>	Centros de Especialidades Odontológicas
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisas
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>CFO</b>	Conselho Federal de Odontologia
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>CONANDA</b>	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
<b>CRAMIs</b>	Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância
<b>DERCA</b>	Delegacia Estadual de Repressão aos Crimes contra Crianças e Adolescentes
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>ECPAT</b>	End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IC</b>	Intervalo de Confiança
<b>IMIP</b>	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NNEPA</b>	Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>P</b>	Prevalência

<b>PACS</b>	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
<b>PAIR</b>	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro
<b>PB</b>	Paraíba
<b>PESTRAF</b>	Pesquisa Nacional de Tráfico de Mulheres e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual
<b>PPGSC</b>	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RP</b>	Razão de Prevalência
<b>RR</b>	Roraima
<b>SBP</b>	Sociedade Brasileira de Pediatria
<b>SEDH-PR</b>	Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República
<b>SESU</b>	Secretaria de Educação Superior
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SP</b>	São Paulo
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Science
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UEFS</b>	Universidade Estadual de Feira de Santana
<b>UERJ</b>	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
<b>UESB</b>	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
<b>UNICEF</b>	The United Nations Children's Fund
<b>UQÀM</b>	Université du Québec à Montréal
<b>USAID</b>	Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>VD</b>	Variáveis Dependentes
<b>VI</b>	Variáveis Independentes

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>22</b>
<b>2.1 O Sistema de Saúde e a atuação profissional face à violência</b> .....	<b>22</b>
2.1.1 A Atenção Básica e o impacto na atuação em saúde .....	22
2.1.2 O Programa Saúde da Família (PSF) .....	25
2.1.3 O papel do profissional de saúde frente à violência .....	29
2.1.4 Aspectos éticos e legais da atuação profissional .....	34
2.1.5 Políticas públicas e estratégias no fortalecimento das Redes de Proteção .....	37
<b>2.2 Contextualização e índices da violência</b> .....	<b>42</b>
2.2.1 A violência física .....	47
2.2.2 A violência sexual .....	50
<b>2.3 Construção histórico-social da infância e adolescência e sua interface com a violência</b> .....	<b>55</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>64</b>
3.1 Objetivo Geral .....	64
3.2 Objetivos Específicos .....	64
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>65</b>
4.1 Área de Estudo .....	65
4.2 Universo de Estudo .....	66
4.3 Amostra .....	66
4.4 Fonte e Instrumento de Coleta de Dados .....	67
4.5 Variáveis de Estudo .....	68
4.6 Processo de Coleta de Dados .....	70
4.7 Análise e Interpretação dos Dados .....	71
4.8 Aspectos Éticos .....	73
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>74</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>95</b>
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	<b>111</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>117</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>131</b>

## INTRODUÇÃO

A violência sempre fez parte da experiência humana, mas atualmente, ocupa lugar de destaque entre as Instâncias Nacionais e Internacionais, responsáveis pelas iniciativas e propostas de atuação voltadas à prevenção, intervenção e garantias dos direitos humanos. Sendo considerada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), como um dos maiores problemas sociais e de saúde pública do mundo, a magnitude, a incidência e as conseqüências dos vários tipos de violência contra as crianças têm sido analisadas internacionalmente e subsidiado propostas de atuação no cumprimento das leis, bem como o avanço da atuação de políticas públicas e programas relacionados à prevenção e às respostas ao problema (PINHEIRO, 2006).

Pesquisadores apontam que os índices expressos nos estudos não revelam a realidade com que a violência acontece. A subnotificação nas Instâncias de Proteção tem sido atribuída, entre outros fatores, ao constrangimento e tolerância da vítima, bem como ao despreparo dos profissionais que entram em contato com essas situações, fatores estes que têm permitido a perpetuação desse ciclo de violência (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) aponta o profissional de saúde como um dos responsáveis pela notificação obrigatória de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças, devendo ser aplicado a estes, uma multa nos casos de omissão (BRASIL, 2006b). Apesar disso, tais profissionais parecem desconhecer sua responsabilidade o que se reflete no pequeno número de notificações realizadas pelos mesmos.

A articulação profissional e institucional na prevenção à violência contra crianças e adolescentes, promovendo a capacitação e interação dos técnicos de diversos setores (saúde, educação, justiça, entre outros); assim como o envolvimento das famílias e segmentos sociais nas ações de proteção e de prevenção, possibilita a implementação de uma “Rede de Proteção” que demanda diferentes etapas diante da necessidade de atuação e responsabilização (NJAINÉ, et al 2006).

Os profissionais e instituições que constituem a rede de apoio social às vítimas de violência e suas famílias encontram-se diante do desafio de realizar o diagnóstico precoce, evitar as formas traumáticas de intervenção, prevenindo novas ocorrências,

além de fornecer à criança a proteção necessária e à família a assistência adequada (CAVALCANTI, 2002). Cardoso et al. (2003) referem-se à padronização de ações por profissionais de diferentes áreas, de modo a fornecer diretrizes para o desenvolvimento de estratégias de atuação, vencendo assim a resistência e o descompromisso de alguns profissionais.

Acredita-se que a participação dos profissionais de saúde na “Atenção Básica” e, mais especificamente, a inserção destes na comunidade através do Programa de Saúde da Família (PSF) favorecem a identificação precoce de vítimas e fatores de risco para a violência sexual, bem como, a intervenção nas situações referidas. Para isso, faz-se necessário, no entanto, a avaliação do conhecimento de tais profissionais e que os mesmos sejam capacitados não só para prevenir e identificar casos suspeitos, como também para lidar com a denúncia e o encaminhamento necessários.

Este projeto faz parte de uma linha de Pesquisa, que neste momento desenvolve o Projeto “Violência contra crianças e adolescentes: a realidade, o enfrentamento e a prevenção” (CNPQ 479438/2006-4, CEP-UEFS 004/2005).

A motivação pessoal para a realização deste trabalho surgiu a partir da atuação profissional no PSF, onde me confrontei com um caso de violência doméstica física, situação esta em que não me encontrava preparada para atuar, uma vez que não possuía informações técnicas relacionadas ao problema. Aliada a inquietação decorrente dessa experiência, fui motivada pela crença de que, como Odontopediatra tenho um papel muito mais amplo do que cuidar apenas da saúde bucal de crianças e adolescentes. Como profissional de saúde e cidadã preciso possibilitar que crianças e adolescentes completem seu processo de desenvolvimento de forma digna, segura e saudável, o que transcende procedimentos clínicos.

O aprofundamento do conhecimento na temática, tendo em vista a escassez de estudos que envolvem profissionais de saúde, poderá subsidiar a prática e contribuir com dados para políticas e intervenções voltadas à formação dos profissionais envolvidos com as comunidades e famílias, onde meninos e meninas são sujeitos integrantes, como vítimas e mesmo como agressores.

### **1.1 Pergunta de investigação**

Qual o conhecimento e a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica (Médicos, Cirurgiões-Dentistas, Enfermeiros, Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) da cidade de Feira de Santana-BA, em 2008, frente os casos de violência física e sexual contra crianças e adolescentes?

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 O Sistema de Saúde e a atuação profissional face à violência**

#### **2.1.1 A Atenção Básica e o impacto na atuação em saúde**

A atenção primária à saúde se constitui como o principal modelo assistencial sugerido pela Organização Mundial de Saúde, utilizando de forma racional a tecnologia médica com vistas à melhoria dos indicadores de morbi-mortalidade e qualidade de vida. Estudos internacionais mostram que esta proposta possui um impacto positivo sobre os vários indicadores de saúde, na medida em que possibilita o diagnóstico precoce e a redução das internações hospitalares; trabalha na lógica da atenção integral e ações preventivas e permite a melhoria do acesso aos serviços e redução dos gastos totais, principalmente os gastos desnecessários com atendimentos especializados. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), preconiza os mesmos princípios, sendo denominada, de Atenção Básica (NEDEL et al., 2008, STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; STRALEN et al., 2008).

A Atenção Básica de Saúde é definida como o conjunto de ações, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção, situadas no primeiro nível da atenção do Sistema de Saúde. A efetivação dessas ações depende, fundamentalmente, de uma sólida educação permanente, capaz de formar profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS, através da competência técnica, espírito crítico e compromisso político (BRASIL, 2006a).

No que se refere ao campo de atuação, os serviços de Atenção Básica de Saúde são efetivados através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, desenvolvidas por uma equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais esta assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade desses territórios. Nesse sentido, esses serviços devem ser a porta de entrada preferencial para as respectivas populações adscritas ao Sistema de Saúde (BRASIL, 2006c).

Os fundamentos da Atenção Básica de Saúde estabelecem: o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos; efetivação da

integralidade em seus vários aspectos (promoção de saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação, trabalho interdisciplinar, entre outros); desenvolvimento de ações de vínculo e responsabilização entre equipe e população, de modo a garantir a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado; valorização profissional, por meio do estímulo e capacitação constante; avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados obtidos e estímulo à participação popular e ao controle social (BRASIL, 2006d).

Ao descrever a Atenção Básica de Saúde, em um dos seus documentos, o Ministério da Saúde coloca que:

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de saúde, a prevenção e tratamento de doenças e redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006c, p. 10)

Em relação a esses preceitos, Rocha et al. (2008) ressaltaram que, para que essa condição se efetive é imprescindível que os profissionais de saúde trabalhem na lógica da melhoria do acesso, do acolhimento e do vínculo, de modo que as práticas em saúde se desenvolvam dentro da perspectiva da integralidade e do trabalho coletivo, o que se configura em uma relação de reciprocidade entre as intervenções técnicas e a interação dos seus agentes.

No que se refere ao acolhimento, pode ser compreendido como uma ferramenta que possibilita a escuta e o cuidado humanizado dos usuários e suas demandas, de modo a estabelecer, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre equipe e usuários. A postura de acolhimento permite que o profissional se sensibilize e se solidarize com os problemas da comunidade, abrindo perspectivas de escuta e diálogo, o que contribuirá para a utilização de técnicas e organização dos serviços, direcionados para a resolutividade das demandas (CAMARGO JR. et al, 2008).

Nessa mesma perspectiva, Souza et al. (2008), consideraram o acolhimento como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica, sendo necessário, entretanto, que os profissionais sejam capacitados.



O vínculo permite uma relação terapêutica onde o “cuidar” não se restringe a um ato, a um momento de atenção e zelo, ele se amplia a uma atitude de preocupação, de responsabilização e afetividade para com o outro, o que permite a continuidade e o fortalecimento da relação e principalmente, do cuidado (CAMARGO JR. et al, 2008, grifo dos autores).

Ao avaliar o acesso aos serviços de saúde, no âmbito do SUS, Sousa (2008) considerou que o mesmo ainda ocorre de forma limitada. Tal condição é atribuída à pouca integração entre equipes da atenção básica (unidades tradicionais) e as equipes do PSF, e até mesmo dentro de cada equipe; bem como, à baixa capacidade das equipes da Atenção Básica/PSF em elaborarem planos, programas, projetos e/ou ações contínuas que potencializem suas relações e integrações com outros setores do governo e da sociedade. Esse quadro traz como consequência a reprodução e/ou manutenção do modelo centrado no médico e em tecnologias de prevenção, tratamento e cura das doenças.

Na busca da operacionalização da Atenção Básica, foram definidas como áreas estratégicas de atuação, a eliminação da hanseníase; o controle da tuberculose, hipertensão arterial e diabetes mellitus; a eliminação da desnutrição infantil; a saúde infantil; a saúde da mulher; a saúde do idoso; a saúde bucal e a promoção da saúde, bem como, outras definidas a nível regional de acordo com as prioridades e pactuações definidas (BRASIL, 2006c).

No contexto da Atenção Básica, considerando a inserção da Odontologia, a proposta de “Construção da Agenda de Saúde Bucal Coletiva” surge como um modo de reformulação da prática odontológica assistencial vigente, para uma abordagem intersetorial pela qualidade de vida, de modo que o processo de trabalho em saúde bucal passa a requerer a interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, a integralidade da atenção, a intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência e a interação nas condições de trabalho (CÓRDON, 1997, PUCCA JR., 2006).

Dentro dessa proposta, a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente - sugere um modo de atenção integral baseado no conceito ampliado de saúde, onde é orientado que as ações em saúde bucal devem contemplar a promoção e a proteção à saúde, recuperação e reabilitação. Essa política está centrada em grandes frentes de ação, dentro das quais estão sendo conduzidas suas atividades, tais como, a reorganização e ampliação da atenção básica, através da estratégia de inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF), bem como, o avanço

para a média complexidade por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs (PUCCA JR., 2006).

### 2.1.2 O Programa Saúde da Família (PSF)

A partir de 1994, após a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), num contexto de mobilização dos secretários municipais, o governo federal assumiu a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Essa estratégia política propõe mudanças do modelo de assistência em saúde do país, através da organização das ações de atenção básica nos sistemas municipais, gerando impacto na reestruturação do atendimento em todos os níveis (BODSTEIN, 2002, CAVALCANTE et al., 2006, SOUSA, 2008).

O PSF, como estratégia prioritária para reorientação das ações de atenção básica, em acordo com os preceitos do SUS, constitui uma política multiprofissional e interdisciplinar de atenção, voltada à promoção de saúde, qualidade de vida e prevenção de agravos, bem como, à prestação de assistência no nível primário. De acordo com o Ministério da Saúde, essa estratégia deve ter um caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional, tendo como foco principal de ação a família e a comunidade, não apenas o indivíduo doente (BRASIL, 2002a, 2008b; SIMÕES et al., 2007).

Nessa perspectiva, os princípios organizativos do PSF propõem atribuições aos profissionais, destacando-se, entre outras: a) participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos; b) prestação de serviços na unidade de saúde e no domicílio: assistência integral, resolutiva e contínua à população adscrita por meio de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, curativas e de vigilância à saúde; c) realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outras situações de importância local; d) realização da escuta às necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e estabelecendo vínculo com a população; e) estabelecimento de parcerias através de ações intersetoriais; f) garantia da qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; g) prestação da atenção à saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida; h) participação nas atividades de educação permanente (BRASIL, 2006c, grifo nosso).

Analisando a importância da abordagem multidisciplinar para o sucesso do PSF, Almeida e Mishima (2001) ressaltam a necessidade do trabalho compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, pelos profissionais do PSF, reconhecendo a saúde como um direito à cidadania. Para essas autoras, o foco central das ações deve ser a família e seu entorno, onde o cuidado em saúde deve se sustentar no conhecimento da complexidade e dinamicidade da família sejam elas, biológicas, psicológicas e sociais. Nessa lógica, a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, pautados na multiprofissionalidade e interdisciplinaridade.

Ao analisar o processo de trabalho no PSF, quanto às potencialidades e fragilidades das práticas desenvolvidas, na perspectiva de mudanças no modelo de atenção, Hildebrand e Shimizu (2008), verificaram que, segundo os Agentes Comunitários de Saúde, a população tem uma compreensão equivocada sobre a finalidade do processo de trabalho proposto, uma vez que ainda manifestam interesse predominante pela consulta tradicional e uso do medicamento. A esse respeito, as autoras discutem que para o PSF tornar-se porta de entrada do Sistema Público de Saúde, são necessários que os novos paradigmas de saúde e de organização/funcionamento dos serviços sejam divulgados de forma plena à população, bem como, os meios para a efetivação da atenção básica de qualidade sejam garantidos, com avanço das intervenções intersetoriais organizadas sob a concepção da Promoção e Vigilância à Saúde.

No que se refere à Odontologia, Santos e Assis (2006), analisando o processo de trabalho do cirurgião-dentista, e especificamente a prática desenvolvida no PSF, recomenda que este se baseie no conceito de clínica ampliada, centrada no sujeito e não apenas na sua enfermidade, o que resgata a integralidade humana e a responsabilização na ação de cuidar das pessoas. Essa proposta se baseia na ruptura da prática médico-centrada, individual e focalizada no trabalhador de saúde e na atuação da equipe interdisciplinar, como potencial ferramenta de mudanças no processo de trabalho.

Embora a saúde da família, enquanto estratégia, tenha dado um grande passo no objetivo de alterar a hegemonia do modelo de atenção atual, principalmente na esfera da atenção básica, ainda é necessário que seja consolidada, do ponto de vista técnico e político, para que promova mudanças

concretas nas práticas de saúde da rede de serviços (HILDEBRAND; SHIMIZU, 2008).

Pesquisa do Ministério da Saúde “Estudos de Linha de Base”, para avaliar experiências de implementação do PSF e desenvolvida em 21 municípios entre os estados da Bahia, Ceará e Sergipe, no período de março a julho de 2005, verificou que:

De modo amplo, há uma grande heterogeneidade de práticas no cuidado, ora com avanços de integralidade na atenção, com experiências inovadoras singulares em alguns municípios, ora com a permanência de padrões tradicionais (biomédico, clínico) na maioria dos municípios pesquisados, ou situações também freqüentes de coexistência desses padrões num mesmo município. Essa realidade indica o próprio estágio de desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família: situações mais consolidadas e avançadas apresentam práticas de cuidado mais integrais, articulando práticas clínicas e promocionais, enquanto que nos estágios mais incipientes e regulares predominam práticas medicalizantes e clínico-tradicionais. [...] Nos municípios estudados, percebe-se que, mesmo naqueles que se encontram em estágio mais avançado, permanece o desafio de vir a se constituir enquanto sistema em rede integrada de serviços para efetivar a integralidade da atenção à saúde (ROCHA et al., 2008, p. S75- S76).

Ao avaliar a atenção básica à saúde pela ótica político-institucional e organização da atenção, através do estudo de caso, em municípios de Minas Gerais e Espírito Santo, Camargo Jr. et al. (2008) consideraram que a proposta de reorientação do modelo assistencial a partir do PSF ainda não foi alcançada, tendo em vista aspectos que representam obstáculos concretos. Entre eles destacam-se: a força de trabalho precarizada e com capacitação limitada a iniciativas esporádicas; atividades de saúde bucal desarticuladas com o PSF e a baixa dos dados de alguns dos sistemas, em especial o Sistema de Informação da Atenção Básica. Soma-se a isso, a persistência do modelo tradicional no que se refere ao acolhimento com predominância absoluta do trabalho medicocêntrico sem interação com a equipe e a comunidade, muito embora sejam observados avanços na questão do vínculo e da integralidade do cuidado na maioria dos municípios.

Na sistematização da Atenção Básica, embora não haja abordagem específica ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, o PSF traz, como atribuição das equipes, a assistência em todas as fases da vida, o que leva à necessidade de que essas equipes sejam capacitadas para abordar as vítimas de violência (SOUZA, 2006). Para esta formação profissional, são necessários

fundamentos básicos na identificação de grupos de riscos, busca e notificação de agravos que colocam em risco a saúde da população adscrita, de modo a intervir preventivamente ou confirmar diagnóstico, adotando medidas adequadas às diversas situações de violência intrafamiliar. Dentre as formas de atuação podem ser citadas, entre outras, as visitas domiciliares, questionamento direto ou indireto dirigido a alguns membros da família, além da abordagem multidisciplinar (BRASIL, 2002a).

Segundo Cavalcanti (1999), em função da proposta assistencial do PSF, a inserção do profissional na comunidade em que trabalha favorece a identificação de vítimas e fatores de risco, além da subsequente intervenção nas situações de agravos. Souza (2006) ressalta que a atuação desses profissionais ainda não é exercida plenamente, em parte pelo despreparo técnico quanto às atribuições frente a violência.

Estudo realizado em Porto Alegre aponta que, segundo reflexão dos profissionais das Unidades da Atenção Básica sobre as ações e o papel dos serviços de saúde, frente aos agravos ocasionados por Causas Externas, as formas de enfrentamento da violência são tradicionais e remetem às responsabilidades para autoridades sanitárias e de Segurança Pública. A partir disso, se faz necessário perceber que:

... a responsabilidade por esses eventos é coletiva, da compreensão do papel especial dos serviços de saúde que precisam trabalhar na perspectiva de estratégias promocionais em saúde e qualidade de vida e seu potencial para adotar papel proativo na prevenção e da necessidade de ação integrada de diferentes segmentos da sociedade, tanto indivíduos como instituições (RODRIGUES et al., 2008, p. 115).

Segundo Rodrigues et al. (2008) para que a atuação dos profissionais de saúde seja modificada, se faz necessário a “desnaturalização” dos Agravos por Causas Externas, de modo que passem a ser encarados como eventos previsíveis, portanto, passíveis de prevenção. Dessa forma, essa atuação deve ser introduzida nas práticas cotidianas, bem com a possibilidade de erradicação do problema, colocando-o numa perspectiva maior do que simples danos físicos, requerendo assim, atenção diferenciada e interferência nas causas dos problemas.

Acredita-se que, embora a proposta da Atenção Básica e o PSF tenham contribuído para a ampliação do acesso e qualidade dos serviços básicos de saúde, é preciso enfrentar os desafios contemporâneos impostos pela mudança no perfil

epidemiológico e sanitário da sociedade, o que torna necessário modificar o planejamento e as ações em saúde. Ressalta-se a necessidade dos gestores e profissionais reconhecerem a sua própria responsabilidade, no sentido de implementar reformas no setor saúde, as quais devem ser orientadas pelos valores, princípios e características da atenção básica, na promoção efetiva da saúde e melhoria da qualidade de vida (SOUSA, 2008).

### 2.1.3 O papel do profissional de saúde frente à violência

Embora as conseqüências das violências sejam nitidamente percebidas no âmbito dos serviços de saúde, seja pelo custo que representam ou pela complexidade do atendimento que demandam, os profissionais dessa área tendem a subestimar a importância do fenômeno, voltando suas ações ao atendimento curativo, pouco se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem das injúrias. Esse tipo de atitude parece estar ligado ao despreparo profissional que leva ao não envolvimento com os casos (SALIBA et al., 2007).

Leal e Lopes (2005), após realizarem estudo quali-quantitativo sobre “o olhar” da enfermagem no cuidado ao paciente vítima de violência, em hospital público de Porto Alegre, verificaram dificuldades de enfrentamento e necessidade de auto-avaliação para a co-responsabilização dos serviços públicos de saúde diante do problema.

O atendimento ao usuário em um hospital de emergência é voltado à lesão causada pelo trauma e não inclui um “olhar” à violência, pois esta não é considerada um problema de saúde, e em muitos atendimentos não é identificado como causa do trauma (LEAL; LOPES, 2005, p. 421, grifo dos autores).

No que diz respeito à atuação da enfermagem, acredita-se que a atuação dessa categoria profissional deve se efetivar sobre a família e não apenas sobre a criança ou adolescente vitimizados, o que deve ocorrer na perspectiva dos três níveis de prevenção. Na prevenção primária, as estratégias podem ser, entre outras: atitudes que fortaleçam o vínculo primário e o apego criança/família em programas como o pré-natal e grupos de debates com pais, nas Unidades Básicas de Saúde fortalecendo a idéia de proteção dos direitos da criança e do adolescente. Na prevenção secundária, o enfermeiro e sua equipe devem identificar famílias com

risco potencial para violência, no sentido de verificar a existência de crises situacionais, ou seja, elementos que seriam desencadeadores de alguma modalidade de violência. Por fim, na prevenção terciária, suas ações devem estar voltadas, além do tratamento, para a prevenção da revitimização (ALGERI; SOUZA, 2006).

Acredita-se que para cumprir com sua responsabilidade em relação à assistência profissional, o enfermeiro precisa ter conhecimento científico sobre a problemática da violência. Na Rede Básica de Saúde, esse profissional também têm papel fundamental no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, visto que esse local de atuação se apresenta como propício para a detecção precoce desses casos. Entretanto, para isso é premente a necessidade de mudança nos tipos de abordagens rotineiramente empregadas nos serviços de saúde, que propendem para uma visão assistencialista baseada em práticas curativas fundamentadas, especialmente, na observação de sinais e sintomas de quadros clínicos (ALGERI; SOUZA, 2006, grifo dos autores).

Quanto à participação do profissional médico, de acordo com Pfeiffer e Salvagni (2005), em geral, o pediatra é o primeiro profissional a ser procurado por um ou os dois responsáveis, ou ainda outro membro da família, quando existe a suspeita de abuso sexual. Além disso, este profissional desempenha um importante papel na prevenção e no atendimento de maus-tratos, uma vez que participa ativamente do acompanhamento da vida de seus pacientes, o que lhe possibilita contribuir para a harmonia familiar (SBP, 2001). Entretanto, observa-se que mesmo nas Unidades de Saúde onde já existe um trabalho voltado para a prevenção à violência contra crianças e adolescentes, o médico é o profissional que mais resiste a fazer a notificação, delegando essa responsabilidade a outros profissionais, tais como assistente social e psicólogo (BRASIL, 2002b).

Estudo qualitativo a respeito da atuação médica à cerca da violência e sua responsabilidade com a denúncia dos casos que atenderam, realizado no Rio de Janeiro, mostrou que, de maneira consensual, muito embora todos os entrevistados tenham detectado em seu exame, fortes evidências de violência, tais sinais não foram valorizados como de maus tratos, assim como nenhuma medida foi adotada, além do questionamento aos pais (BRAZ; CARDOSO, 2000).

Ainda em relação à prática médica, acredita-se que a revisão de experiências sexuais deveria fazer parte da rotina da história médica e que a investigação

aprofundada deveria ser realizada em casos de sintomas dirigidos à genitália e/ou ânus. No entanto, é preocupante a falta de conhecimento em reconhecer e diferenciar aspectos normais e anormais, principalmente da genitália feminina, o que acaba prejudicando o diagnóstico precoce de vítimas, a notificação dos casos e a prevenção de novas ocorrências (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

Em relação ao papel do Cirurgião – Dentista, segundo Silva (2001), apesar do Cirurgião-Dentista ser apontado como o profissional que tem maior chance de suspeitar de violência contra crianças e adolescentes, apenas recentemente vem sendo discutida a sua parcela de responsabilidade na detecção, tratamento e prevenção dessa violência.

Cavalcanti, Valença e Duarte (2000) ressaltaram que, em função da responsabilidade como profissional de saúde e, principalmente, como cidadão, o mesmo deverá ser capacitado para identificar vítimas de maus tratos, fornecer os cuidados dentários emergenciais necessários e notificar às autoridades competentes.

De modo geral, a suspeita e a identificação dos casos de vitimização de crianças e adolescentes ainda é um desafio para os profissionais de saúde, o que faz com que muitos casos sejam diagnosticados e tratados apenas com base em evidências clínicas. Em função disso, o Ministério da Saúde acredita ser crucial o treinamento do profissional e das equipes de saúde que atuam em todos os níveis de prevenção e assistência, para a identificação dos casos de maus-tratos (BRASIL, 2002b). De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2001), na maioria das vezes, as vítimas não possuem evidências físicas de maus tratos, o que torna a anamnese relevante no esclarecimento dos casos.

Como a história relata sobre a causa das lesões encontradas na criança pode sugerir maus tratos, é importante que sejam observados aspectos associados. Histórias contraditórias ou incompatíveis com as lesões existentes, lesões inexplicáveis, casos de auto-mutilação, demora em procurar o socorro médico, dinâmica familiar, problemas maternos relacionados à gravidez e relato dos pais de já terem sofrido algum tipo de violência na infância, são alguns dos aspectos que devem ser considerados pelos profissionais de saúde (IMIP, 2004; SBP, 2001; VIEIRA; VIEIRA; ABREU, 2001).



Em relação ao assunto, Pfeiffer; Salvagni (2005, p. 201) relataram:

“O acolhimento da criança ou adolescente e de sua dor é o primeiro passo para um bom resultado do tratamento físico e emocional que serão necessários. A escuta de sua história, livre de preconceitos, sem interrupções ou solicitações de detalhes desnecessários para a condução médica do caso, vai demonstrar respeito a quem foi desrespeitado no que tem de mais precioso, que é o seu corpo, sua imagem e seu amor-próprio”.

No prontuário de atendimento, o profissional deverá observar e registrar todas e quaisquer informações fornecidas pelos pais ou responsáveis, sobre como, quando e onde ocorreu o traumatismo, visto que é comum o informante, ao repetir a história, entrar em contradição (CAVALCANTI; VALENÇA; DUARTE, 2000; PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

Cavalcanti (2002) relata que, através do diagnóstico precoce do abuso infantil, pode ser possível a prevenção de novas ocorrências, fornecendo à criança a proteção necessária e à família a assistência adequada. As dificuldades atuais a serem superadas, segundo Cardoso et al. (2003), referem-se à padronização de ações, de modo a fornecer diretrizes para o desenvolvimento de estratégias de atuação, vencendo a resistência e a insegurança dos profissionais das diferentes áreas.

Em Feira de Santana, estudo realizado a partir dos registros dos Conselhos Tutelares, confirmou a pouca ou nenhuma participação das escolas e serviços de saúde em relação à notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra estes grupos (COSTA, et al., 2007).

Dentro dessa perspectiva, considera-se como um dos grandes desafios para a construção de um sistema de notificação, a sensibilização e a capacitação dos profissionais de saúde na compreensão do significado, das manifestações e conseqüências da violência para o crescimento e desenvolvimento da criança; bem como, o treinamento dos mesmos para o diagnóstico, a notificação e os encaminhamentos do problema, o que dependerá do desenvolvimento da consciência social de cada um (BRASIL, 2002b).

Para Algeri e Souza (2006), o primeiro passo a ser tomado deve ser o aprofundamento e a ampliação das discussões envolvendo a questão violência, a fim de que os profissionais de saúde utilizem o conhecimento científico construído para

enfrentarem com urgência o desafio de detectar, notificar, cuidar, minimizar e prevenir as situações de violência contra crianças e adolescentes.

Nesse sentido, recomenda-se:

A atenção continuada e especializada da saúde física e emocional da criança e/ou adolescente vítimas de abuso sexual, bem como de sua família, por equipe interdisciplinar será sempre necessária. De sua qualidade dependerá o restabelecimento da auto-estima e da integridade física e psíquica das vítimas, reestruturando sua confiança nas pessoas e sua capacidade de lutar dignamente pela vida (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005, p. 204).

A importância da atuação dos profissionais de saúde de forma interdisciplinar no enfrentamento da violência também é ressaltada nas diretrizes que compõem a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Nesse sentido, algumas diretrizes merecem destaque, entre elas: a monitorização da ocorrência de acidentes e de violência, o que compreende a capacitação e a mobilização de todos os profissionais que atuam em todos os níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS); sistematização, ampliação e consolidação do sistema de atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas, o que deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar e por fim, a capacitação dos recursos humanos, bem como a valorização, especialização e atualização dos mesmos (BRASIL, 2000).

Inegavelmente, as diferentes formas de violência podem ser facilmente identificadas nos consultórios médicos, odontológicos e ambulatórios de todo o país. No entanto, para que isso ocorra é necessário que os profissionais sejam capacitados, buscando também o desenvolvimento de ações conjuntas com outros setores. O que é exigido desses profissionais é a comunicação, preferencialmente, de forma célere, objetiva, com fundamentos mínimos de sua suspeita, de modo que assegure a segura atuação do Conselho Tutelar, do Ministério Público e do Poder Judiciário, respectivamente (BEZERRA, 2004).

Entende-se que cada profissional, independente da área em que atue, é responsável de alguma maneira pelas crianças e adolescentes que estão em situação de violência e que elas têm direito inalienável à vida, sendo dever de todos criar condições adequadas para que isso ocorra (ALGERI; SOUZA, 2006, p. 630).

#### 2.1.4 Aspectos éticos e legais da atuação profissional

Embora o reconhecimento das vítimas e a participação no enfrentamento da violência seja uma exigência da condição do profissional de saúde, no nosso meio, esses profissionais não se encontram familiarizados com os aspectos legais a serem adotados diante de casos de violência (CARVALHO, 2002; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; SIMÕES; POSSAMAI, 2001).

O artigo 66 do Decreto-lei 3.688, de 1941, considera contravenção penal a omissão do profissional de saúde diante de caso, no exercício profissional, devendo ser aplicada pena pecuniária. A interpretação desse artigo sugere que o profissional de saúde deve comunicar o crime cometido contra qualquer pessoa, independente de idade ou gênero da vítima, o que inclui qualquer tipo de violência contra criança e adolescentes (SALIBA et al., 2007).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei nº 8.069, de 13/07/90), quatro artigos são relevantes para tratar do problema da violência contra crianças e adolescentes e a atuação dos profissionais de saúde nesse contexto: Artigos 5, 13, 70, 245. De acordo com o Art. 70 (BRASIL, 2006b, p.27): “*É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente*”.

Com relação a não comunicação de casos confirmados às autoridades competentes, a pena prevista por lei segue o Art. 245 do ECA:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente:  
Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (BRASIL, 2006b, p. 78).

Apesar das determinações legais contidas no ECA, no Brasil, a subnotificação da violência é uma realidade. Nessa perspectiva, Gonçalves e Ferreira (2002), acreditam que a pouca participação do Sistema de Saúde na notificação pode ser, em parte, explicado por dificuldades técnicas específicas no processo de notificação, entre as quais: incertezas associadas à identificação da violência, considerando que, na maioria dos cursos de graduação essa questão não

é abordada, ficando sem dispositivos básicos para o diagnóstico clínico, além das dificuldades quanto ao sigilo profissional.

Segundo o Ministério da Saúde, outros fatores podem contribuir para a atuação insatisfatória dos profissionais de saúde na notificação de casos, como a fragilidade técnica quanto ao reconhecimento dos casos de violência, além do desconhecimento generalizado das atribuições do Conselho Tutelar, gerando uma relação de insatisfação e descrédito do papel dessas instâncias. Essa relação, por sua vez, está associada a problemas que são vivenciados mutuamente pelos dois setores, entre os quais: falta de infra-estrutura, despreparo profissional e enorme demanda. Dentre as estratégias sugeridas para superar os problemas, destacam-se: realização contínua de debates sobre o tema; maior integração entre profissionais de saúde e os conselheiros tutelares; capacitação permanente dos conselheiros e implementação de Centros de Referência para o atendimento dos casos (BRASIL, 2002b).

Ainda em relação à notificação de casos de violência, segundo Ferreira; Scharamm (2000), essa prática permite o dimensionamento epidemiológico do problema, sendo o elo fundamental entre a área da saúde e o sistema legal, formando a “Rede” multiprofissional e interinstitucional de atuação.

Para Silva (2001), apesar do Art. 245 do ECA não explicitar que o Cirurgião-Dentista deve notificar casos de maus-tratos, como ocorre nas leis americanas, o serviço ou consultório odontológico representa um estabelecimento de atenção à saúde, assim, o profissional responsável, deve notificar à autoridade competente, estando sujeito à pena, em caso de omissão. Ao analisar em seu estudo, a notificação da violência pelo Cirurgião-Dentista, Mouden (1998) relatou que este profissional foi responsável por apenas 0,32% de todas as denúncias.

Uma das possíveis razões para a subnotificação é a crença de muitos profissionais quanto a restrição da obrigatoriedade dessa medida, condicionando apenas aos casos confirmados. Estudo de Von Burg et al. (1993) apontou que 74,00% dos Cirurgiões-Dentistas acreditavam na possibilidade de serem processados se notificassem um caso suspeito que, posteriormente, não fosse confirmado pela justiça.

Quanto ao local de notificação, o Art. 13 (BRASIL, 2006b) aponta como referência os Conselhos Tutelares e, no caso de ausência destes, as atribuições a eles conferidas serão exercidas pela autoridade judiciária, o Juiz da Infância e da

Juventude (BRASIL, 2006b). A Sociedade Brasileira de Pediatria (SPB, 2001) descreve que a Vara da Infância e da Juventude (ou outra Vara afim, como a Vara da Família) ou o Ministério Público, podem ser acionados nos casos em que o Conselho Tutelar esgote as tentativas para mudança das situações de violência.

Daruge; Chaim; Gonçalves, (2004) citaram ainda o Art. 5º do ECA, para justificar a realização da notificação pelo Cirurgião-Dentista:

Art. 5º - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 2006b, p. 14).

Considerando documentos e resoluções específicas das diferentes áreas da saúde, faz-se relevante abordar as implicações dos Códigos de Ética Médica, Odontológica e da Enfermagem, no que se refere à violência contra crianças e adolescentes.

Em relação à Odontologia, a Associação Americana de Odontologia (American Dental Association-ADA), em 1993, incluiu a notificação de violência doméstica contra crianças e adolescentes como uma obrigação ética nos seus “Princípios de Conduta e Código de Ética”, os quais determinam que Cirurgiões-Dentistas devem, obrigatoriamente, se familiarizar com os sinais orofaciais de abuso infantil e relatar às autoridades competentes, de acordo com a lei estadual (DARUGE; CHAIM; GONÇALVES, 2004).

No Brasil, o Código de Ética Odontológica (CFO, 2006) não faz nenhuma referência explícita quanto à obrigatoriedade de notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes pelo Cirurgião-Dentista, mas no capítulo III, que trata dos deveres fundamentais, Art. 4º, inciso III, um dos deveres desse profissional é “zelar pela saúde e dignidade do paciente” (CFO, 2006, p. 9). Em relação a esse assunto, Daruge; Chaim; Gonçalves (2004) apontaram que não notificar um caso de maus-tratos significa contrariar o zelo pela saúde e dignidade do paciente. Saliba et al. (2007, p. 475), por sua vez, comentaram que, considerando que o Cirurgião-Dentista é um dos profissionais de saúde que têm maiores chances de detectar a violência doméstica, “a observância do dever moral de proteger seu paciente é fundamental pra o exercício ético de sua profissão”.

No Código de Ética Médica (CFM, 1998), muito embora não esteja mencionado o termo violência, está implícito o papel do médico nesses casos. No Art. 6º está descrito o dever profissional em preservar a dignidade e integridade do paciente, bem como, no artigo 49 que veda ao médico a participação na prática de torturas ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, bem como ser conivente com tais práticas ou não as denunciar, quando delas tiver conhecimento. Saliba et al. (2007) chamam atenção para o fato de que a preocupação maior desse documento é a omissão, mas que tão importante quanto a identificação de casos de violência, é a sua denúncia.

O Código de Ética da Enfermagem (COFEN, 2000), quando comparado com os citados anteriormente, é o que melhor apresenta questões relacionadas ao tema da violência. No artigo 52, é considerado como infração ética provocar, cooperar, ou ser conivente com maus-tratos, o que pode levar à penalidades que incluem desde uma simples advertência até a cassação do direito de exercer a profissão.

#### 2.1.5 Políticas públicas e estratégias no fortalecimento das Redes de Proteção

Em todas as sociedades, ao longo da história da humanidade, crianças e adolescentes, sem distinção de gênero, raça, cor ou etnia sempre estiveram expostos à violência, no ambiente intrafamiliar ou extrafamiliar. Nesta perspectiva, os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais característicos de cada região ou país devem estar associados, assim como as formas de manifestação deste fenômeno, fruto da relação estabelecida entre vítima e agressor (ARAGÃO et al., 2004; FALEIROS, 2000; PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

A formação histórico-social e econômica da América Latina, em particular o Brasil, revelou uma sociedade com bases na colonização e na escravidão de categorias sociais dominadas e vítimas da exclusão social, da negação dos direitos, representada por negros, índios, escravos, mulheres e crianças, inferiorizados e que proporcionou o surgimento de uma relação desigual de poderes, originando uma sexualidade masculinizada e adultocêntrica ainda vigente (FALEIROS, 2000).

Os textos internacionais que inspiraram a legislação vigente para o tratamento da infância e adolescência no plano nacional estão assim representados: Declaração dos Direitos da Criança (Declaração de Genebra, 1924); Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Segunda Declaração dos Direitos da

Criança (1959); Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989); Declaração de Viena (1993) (FALEIROS, 1997; MARTIN-CHENUT, 2003).

Nesses documentos, ressalta-se a condição peculiar da criança com ênfase na proteção e cuidados, dada a condição de vulnerabilidade e seres em pleno processo de crescimento e desenvolvimento. Entretanto, as Declarações de 1924 e 1959 ausentaram as obrigações do Estado, através de textos simplesmente declaratórios, conferindo à infância um papel essencialmente passivo. Por outro lado, a Convenção Internacional (1989) amplia as Declarações citadas e ratifica os princípios de direitos estabelecidos em todos os instrumentos, elevando a criança à condição de sujeito de direitos, com base no interesse superior da criança (MARTIN-CHENUT, 2003).

Apesar de todos os avanços na legislação, autores relataram a carência de políticas públicas eficazes que viabilizem a criação e, principalmente, a manutenção de programas preventivos e de tratamento, necessários para promover o aprimoramento e evolução de técnicas eficazes no enfrentamento dessa problemática (BRITO et al., 2005). Associado a essa carência de serviços ou respostas sociais adequadas verifica-se que a intervenção pontual observada na maioria dos casos, se constitui em obstáculo ou retardo na resolução do problema (BRASIL, 2002a).

Souza e Melo-Jorge (2004) apontaram a necessidade de abordar a violência focalizando o olhar sobre as vítimas e objetivando, tanto quanto possível, a prestação do atendimento adequado, o pensar nos modos de prevenir as ocorrências, a forma ampliada de fazer saúde, considerando que a grande meta a ser alcançada é a promoção de uma sociedade saudável.

De acordo com o Instituto Materno Infantil de Pernambuco - IMIP (2004), para que os profissionais de saúde deixem de ser apenas expectadores do problema, é necessário que, em cada município, sejam coordenadas ações em Redes, no sentido de garantir às crianças e adolescentes, assistência integral e proteção por parte dos profissionais da área jurídica, saúde, serviço social, psicologia e outros.

No que se refere ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, no âmbito governamental, além do Programa saúde da Família algumas políticas e estratégias, merecem destaque. São elas: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil; Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território

Brasileiro (PAIR); Pacto de Feira de Santana para o enfrentamento do abuso, exploração e tráfico sexual de crianças e adolescentes.

Considerada como um instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país, mediante o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas com diferentes segmentos sociais. Nesse sentido, propõe diretrizes e responsabilidades institucionais onde se contemplem e valorizem medidas inerentes à promoção da saúde e a prevenção desses eventos (BRASIL, 2002d).

Dentre as diretrizes dessa política, podem ser citadas: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, tendo como principais estratégias, a sensibilização e a conscientização da população e dos profissionais; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências através da capacitação e mobilização dos profissionais de saúde que atuam nos diversos níveis de atenção com vistas à melhoria dos sistemas de informações; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas; capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas nesse âmbito (BRASIL, 2000, grifo nosso).

De acordo com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar casos de violência na população, acionar os serviços existentes visando à proteção e o acompanhamento das vítimas, de modo a prestar-lhes uma atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção. Nessa perspectiva, preconiza que a assistência às vítimas de acidentes e de violências integre as atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços (BRASIL, 2002d).

Dentre as estratégias governamentais de implantação e implementação dessa política, pode ser citada a estruturação da Rede Nacional de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde constituída pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Prevenção da Violência e Causas Externas - DAPES/SAS/MS, pelos Núcleos Estaduais e Municipais, por organizações sociais e instituições acadêmicas conveniadas com o Ministério da Saúde, Municípios e



Estados. Busca-se com isso, entre outras coisas, qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas em situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde, através da capacitação profissional permanente, do estímulo à notificação de casos e de estudos e pesquisas estratégicas nessa área, bem como, da participação de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde (BRASIL, 2009).

O Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil surgiu a partir da articulação e mobilização da sociedade civil, instituições governamentais das três esferas de governo e parcerias internacionais como a UNICEF. Tendo como referência fundamental o ECA, este plano foi apresentado e deliberado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente na assembléia ordinária de 12/07/2000, sendo legitimado como referência para políticas públicas e sociais voltadas para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em todo o território brasileiro (BRASIL, 2002c).

Este Plano se propõe a estabelecer um conjunto de ações articuladas que permitem intervenção técnica, política, financeira para o enfrentamento da violência sexuais contra crianças e adolescentes, a partir de objetivos específicos, como: realizar investigações científicas que subsidiem as ações de enfrentamento; garantir o atendimento especializado das vítimas e suas famílias; promover ações de prevenção, articulação e mobilização para enfrentamento dessa violência; fortalecer o sistema de defesa e responsabilização e fortalecer o protagonismo infanto-juvenil (BRASIL, 2002c).

Em 2002, em decorrência dos resultados da Pesquisa Nacional de Tráfico de Mulheres e Adolescentes para fins de Exploração Sexual (PESTRAF), foi elaborado o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (PAIR), com a iniciativa da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH-PR), do Ministério da Assistência e Promoção Social, em articulação com a Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT/Brasil). A disseminação do PAIR foi iniciado a partir de uma agenda comum entre governo, sociedade civil e organizações internacionais para atuação inicial em sete municípios brasileiros: Pacaraima (RR), Manaus (AM), Rio Branco (AC), Feira de Santana (BA), Campina Grande (PB), Corumbá (MS) e

São Paulo (SP), os quais apresentavam altos índices de casos de exploração sexual entre crianças e adolescentes, que foram abrangidos a partir dos indicadores da pesquisa (SANTANA, 2008).

Em Feira de Santana, um dos municípios piloto do PAIR, no ano de 2004, a Universidade Estadual de Feira (UEFS), a Pró-Reitoria de Extensão e o Núcleo de Estudos da Infância e Adolescência (NNEPA) em parceria com a OIT e o Ministério da Educação/ Secretaria de Educação Superior (MEC/SESU), estabeleceram uma cooperação técnica para o fortalecimento institucional das instâncias envolvidas no enfrentamento dessa problemática, no que se refere ao fluxo de atendimento, informatização dos dados, referência e contra-referência, integração interinstitucional, qualificação do quadro técnico, capacidade de mobilização, divulgação e sensibilização de grupos alvo e da população em geral (SANTANA, 2008).

O enfrentamento do abuso, exploração e tráfico sexual de crianças e adolescentes em Feira de Santana, cidade onde será realizado este estudo, foi viabilizado através do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil e o Plano Operativo Municipal de Feira de Santana, tendo como base os dados da pesquisa da PESTRAF. O Pacto de Feira de Santana foi assinado em 2003 como resultado da articulação da sociedade civil organizada, Prefeitura Municipal (Secretaria do Desenvolvimento Social) e Câmara Municipal de Vereadores, Governo do Estado da Bahia, Governo Federal (Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República), Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional-USAID; Ministério Público da Infância e Juventude, Juizado da Infância e Juventude e Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Em relação aos objetivos do pacto, destacam-se: (1) criar, fortalecer e implementar um conjunto de ações e metas para assegurar proteção a crianças e adolescentes em situação de risco; (2) apoiar a implantação e a implementação do plano operativo municipal para o enfrentamento da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e (3) atuar nos eixos: análise da situação do município, mobilização e articulação, defesa e responsabilização, prevenção, atendimento e protagonismo infanto-juvenil (COSTA, 2006a).

## 2.2 Contextualização e índices da violência

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (2002), considera-se como violência, o uso intencional da força ou poder físico, de fato ou como ameaça contra si próprio (autoinfligida), outra pessoa ou grupo (interpessoal) e contra a sociedade (coletiva), causando ou tendo probabilidades de causar lesões, mortes, danos psicológicos, distúrbios no desenvolvimento ou privações.

A violência se caracteriza como um fenômeno multifacetado e complexo, podendo apresentar conseqüências visíveis, representadas por lesões, acidentes e homicídios ou invisíveis, onde os exercícios do poder e do domínio perpetuam o silêncio de suas vítimas e a impunidade para o agressor, podendo ser observado nos casos de violência doméstica contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos (OPAS, 1998 ; MINAYO; SOUZA,1999).

Ao abordar os tipos de violência, a OMS (2002) apresenta subtipos para as violências interpessoal e coletiva. Segundo o seu relatório, a violência interpessoal pode ser classificada em familiar ou conjugal, ocorrendo em sua maioria no ambiente familiar; e violência comunitária, envolvendo pessoas sem parentesco. A violência coletiva por sua vez é subdividida em violência social, a qual é cometida por grupos organizados, grupos terroristas e violências de massa; violência política incluindo guerras e atos violentos afins, violência praticada pelo Estado ou grupos maiores; e por último a violência econômica, praticada com fins lucrativos ou sob a forma de negação de acesso aos serviços essenciais.

Dentre as formas de violência interpessoal, destaca-se a violência intrafamiliar que se constitui como “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, as integridades física e psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família”. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, em relação de poder à outra, ainda que sem laços de consangüinidade, distinguindo-se da violência doméstica por não incluir agressores sem função parenteral (BRASIL, 2002a).

Considerando especificamente a violência contra crianças e adolescentes, sabe-se que corresponde a um fenômeno mundial, evidenciado em todas as classes sociais, mostrando-se integrado ao contexto das formas de violência estrutural, político-social, familiar e na escola (MINAYO; SOUZA, 2003).

A violência contra crianças e adolescentes pode estar associada às fragilidades que envolvem a família, assim como, ao processo de exclusão nas escolas ou mesmo causada a nível comunitário. Seja qual for o contexto, a violência pode provocar em crianças e adolescentes situações de vulnerabilidades que comprometem os processos de crescimento e desenvolvimento, além de perpetuar o ciclo de violência, de vítimas para agressores (BRASIL, 2004a). Dentro dessa perspectiva, a violência contra criança e adolescentes acaba sendo uma potencializadora da violência social, uma vez que pode estar presente na gênese de sérios problemas, tais como: população de rua, prostituição infantil, trabalho infantil e/ou escravo, envolvimento em atos infracionais (BRASIL, 2000; 2004a).

Segundo os Informes Técnicos Institucionais do Ministério da Saúde (MS) a respeito da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, o grupo de crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos de idade) tem sido vítima dos diferentes tipos de acidentes e violências, sendo que, enquanto na infância o ambiente da violência é doméstico, na adolescência, o espaço extradomiciliar passa a ter prioridade no perfil epidemiológico (BRASIL, 2000).

Quanto aos fatores de risco associados aos diversos tipos de violência, podem ser citados: pais com histórico de maus tratos, abuso sexual ou rejeição/abandono na infância, gravidez de risco e/ou indesejada, pais adolescentes sem preparo psicossocial, depressão na gravidez, alcoolismo ou uso de outras drogas, pobreza, famílias desestruturadas, ou doenças congênitas, ausência de leis de proteção (BRASIL, 2002a; PIRES; MIYAZAKI, 2005; SILVEIRA; MAYRINK; NÉTTO, 2005).

Gomes et al. (2002), utilizando técnica qualitativa de análise de conteúdos, agruparam esses fatores em três modelos explicativos básicos: reprodução das experiências de violência, desajustes familiares psíquicos e alcoólicos; e ligados à ordem macro-estrutural (aspectos sociais, econômicos e culturais como a desigualdade, dominação de gênero e de gerações). Estes autores ressaltaram que a violência contra crianças não pode ser explicada por um modelo teórico que sugira uma abordagem determinista ou única do problema, considerando que são atravessados por uma complexidade de fatores.

Para a OMS (2002), ainda que as estatísticas da violência estejam disponíveis, a qualidade das informações tem comprometido a investigação, o planejamento e a execução de medidas de prevenção e controle deste problema.

Dentre as causas para que tais dados sejam considerados inadequados, são apontadas: a vinculação dos dados a diversas fontes; as quais, atuam de forma independente; a falta de uniformidade na forma de coletar tais dados, o que dificulta a comparação entre comunidades e nações; a dificuldade de elaborar medidas pertinentes e específicas para os subgrupos da população e em diferentes contextos sociais e a ausência de protocolos adequados para proteger a confidencialidade das vítimas e a preservação da sua segurança.

Em relação a essa situação, se faz relevante a abordagem feita por Rodrigues et al. (2008, p. 112):

Particularmente a morbidade por essas causas tem sido invisibilizadas pelos registros inadequados, insuficientes ou pela ausência deles nos serviços de atenção básica e nas estatísticas de saúde, de modo geral. Agrega-se, ainda outro fator que se poderia chamar de atitude defensiva conivente dos profissionais dos serviços, que oscila entre a banalização e o atendimento restrito aos danos físicos.

Segundo a OMS (2002) não existem números precisos dos casos de violência contra crianças e adolescentes. Acredita-se que a maioria dos incidentes dessa ordem mantém-se submersa, sendo as estatísticas disponíveis consideradas como a “ponta de um iceberg”, por acreditarem.

Considerando dados disponíveis, Yunes, Rajs (1994); Yunes, Zubarew (1999), analisando bancos de dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sobre mortalidade por causas externas em países da América, observaram que, em geral, a mortalidade por esse grupo de causas se concentrou entre jovens e adultos do sexo masculino e tendeu a decrescer no período de 1979 e 1990, nos países estudados. Contudo, os autores apontaram que o Brasil e a Colômbia foram os únicos países com tendências francamente crescentes em todos os grupos etários estudados, sobretudo no grupo de 10 a 24 anos. Vale ressaltar também que as maiores taxas de mortalidade por causas externas entre adolescentes e jovens foram encontradas na Colômbia, El Salvador, Venezuela, Brasil e Porto Rico (YUNES; ZUBAREW, 1999).

Ainda sobre o estudo de Yunes, Zubarew (1999), os autores relataram que países como Colômbia, El Salvador e Brasil apresentaram o homicídio, como a

principal causa externa de morte entre os jovens (20 a 24 anos), sendo que, no Brasil, houve um aumento alarmante no grupo de homens de 15 a 19 anos.

Em relação às estatísticas de 2000 da OMS, observou-se que cerca de 1,6 milhões de pessoas morreram como resultado da violência auto-infligida, interpessoal ou coletiva, o que representou uma taxa geral ajustada por idade de 28,8 por 100.000 habitantes; e tantas outras sofreram lesões graves. Dessas, aproximadamente, 520.000 foram vítimas de homicídios, havendo um predomínio para o sexo masculino (77%), sobretudo, na faixa etária de 15 a 29 anos de idade (OMS, 2002).

No tocante da realidade brasileira, dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) de 2000, mostraram que os homicídios vitimizaram 45.343 pessoas, o que correspondeu a 38,3% do total de mortes por causas externas. Em relação às lesões decorrentes dessas causas, observou-se que o segmento corpóreo mais atingido foi a cabeça. Os traumatismos de órgãos internos e os traumatismos intracranianos seguem-se em importância e são sugestivos de que tais lesões devem corresponder às agressões por objetos contundentes (espancamento, etc.) em relação às agressões por armas de fogo e objetos perfurantes (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

Analisando o período de 1990 a 2000, 211.918 crianças e adolescentes foram vítimas fatais de acidentes e violência, sendo 59.023 crianças de 0 a 9 anos de idade; 33.512 de 10 a 14 anos. Tais estatísticas se constituem em um quadro preocupante, pois revelam a presença da violência desde a infância e adolescência, colocando estes grupos etários como de alta vulnerabilidade, tanto como vítimas ou agressores (BRASIL, 2004a).

Segundo dados do Ministério da Saúde, no que se referem aos homicídios, as taxas disponíveis para crianças podem ser indicativos de violência doméstica. As causas dessas mortes podem estar associadas a queimaduras, afogamentos e outras não devidamente investigadas, podendo decorrer desse tipo de violência (BRASIL, 2000).

Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre os indicadores sociais do ano de 2002, foram constatadas elevadas proporções de gastos com internações por causas violentas, sobretudo nos grupos etários mais jovens e em especial, no de 15 a 19 anos. Enquanto a média de gastos com as internações por causas externas é de 11%, os valores nessa faixa etária,

quase triplicam (28,5%), declinando levemente na faixa etária de 20 a 29 anos (25,4%). Vale ressaltar que, as maiores proporções ocorrem na Região Norte e na Sudeste (IBGE, 2003).

Segundo dados do DATASUS, em relação ao ano de 2004, observou-se que a Taxa de Mortalidade Específica por Causas Externas (violência e acidentes) para o Brasil foi de 69,10 óbitos por 100.000 habitantes, com predomínio para o sexo masculino, em todas as faixas etárias consideradas. Observou-se ainda que, para as faixas de 15 a 19 anos, 10 a 14 anos e 0 a 9 anos, estas taxas foram respectivamente; 70,44, o que supera a taxa geral; 15,37 e 14,8. Em relação à Taxa de Mortalidade Específica por homicídios, verificou-se que esta foi de 39,65 óbitos por 100.000 habitantes, para a faixa etária de 15 a 19 anos, ao passo que a taxa geral foi de 26,33 (BRASIL, 2008a).

Embora, os dados de mortalidade de crianças e adolescentes tragam uma grande preocupação para a sociedade, o panorama da violência traz consigo uma situação muito mais subestimada e invisível: a morbidade por outras formas de vitimização (MINAYO, 2006). Para Gomes et al. (2002), a violência familiar é sem dúvida, a responsável por milhares de crianças e adolescentes vitimizados no Brasil.

De acordo com uma pesquisa, financiada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) sobre a experiência dos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMIs), observou-se que, para o período de 1988 a 1992, as faixas etárias mais acometidas pela violência doméstica foram de 5 a 9 anos e de 10 a 14 anos, em ambos os sexos, havendo predominância da agressão física (37,6%) e da negligência (19%). A violência sexual, correspondeu a 5,7% dos casos. Em relação ao agressor, a mãe se destacou em quase todos os tipos de violência, sendo que para a violência sexual houve predomínio do padrasto e da categoria de “outro agressor” (DESLANDES, 1994).

Considerando a realidade de Feira de Santana-BA, estudo transversal realizado nos anos de 2003 e 2004, com dados dos Conselhos Tutelares I e II, verificou que, dos 1.293 casos de violência contra crianças e adolescentes registrados, em ambos os sexos, as faixas etárias mais cometidas foram aquelas que compreendiam dos 2 aos 13 anos, com maior proporção entre 2 a 9 anos e 78,1% (1.011) dos casos ocorreram nos domicílios, revelando assim a predominância da violência doméstica. Dentre as violências denunciadas, o maior número de casos envolveu a negligência (727), o que foi seguido pelas violências

física (455), psicológica (374) e sexual (68). Em relação aos agressores, houve uma variação entre os tipos de violência, sendo que os responsáveis (pais, padrasto ou madrasta, etc.) foram citados em todas as modalidades (COSTA et al., 2007).

Dados semelhantes aos de Feira de Santana-BA foram encontrados em estudo transversal realizado em Caruaru-PE, utilizando dados dos registros do Conselho Tutelar. A negligência foi a violência mais notificada (49,2%), seguida das violências psicológica (28,9%), física (17,6%) e sexual (5,3%) (GRANVILLE-GARCIA et al., 2006).

Em Salvador através dos registros da Delegacia Estadual de Repressão aos Crimes contra Criança e o Adolescente (DERCA-BA), os maus-tratos físicos predominaram entre os casos de denúncias (50,7%), o que foi acompanhado pela violência sexual (18,0%), e por último, a negligência (3,4%). Foi observado também, que 50,7% das vítimas se encontravam entre 11 e 15 anos, sendo as meninas mais vitimizadas, o que correspondeu a 59,9% dos casos (CARVALHO et al., 2001).

### 2.2.1 A violência física

A agressão física ou punição corporal se configura, em uma das representações simbólicas de exercício do poder, partindo-se do pressuposto de que esta medida é eficaz para o controle ou modificação de um comportamento. Ao longo dos anos, a história retrata as relações de desigualdade e utilização do poder com fins de dominação, exploração, opressão e, em situações mais extremas, até morte (SILVA, 2002).

Apesar de argumentos teóricos e práticos contra seu uso, o castigo físico ou corporal vem sendo transmitido ao longo de gerações, de modo que, ainda hoje tem sido uma estratégia utilizada por alguns pais com a finalidade de modificar comportamentos considerados indesejáveis, sendo considerado, às vezes, como modelo de educação a ser seguido (WEBER; VIEZZER; BRANDENBURG, 2004).

Embora no âmbito internacional haja restrições na busca da extinção legal dessa prática, principalmente em países desenvolvidos, no Brasil, ela ainda persiste como aceita, necessária e eficaz no disciplinamento, sobretudo, de crianças; o que torna em alguns casos, a violência física mascarada e protegida sob o argumento da medida educativo-disciplinadora (RIBEIRO et al., 2007).



Estudo realizado por Weber; Viezzer; Brandenburg (2004) com o objetivo de identificar a incidência de práticas educativas parentais coercitivas, em especial, a punição corporal, verificou-se que, dentre 472 crianças e adolescentes entrevistados, a maior parte (88,1%) já havia recebido alguma forma de punição corporal, sendo que 36,9% relataram ter ficado machucadas ou com marcas. Dentre os instrumentos mais utilizados destacam-se as mãos (62,3%), o cinto (43,0%) e o chinelo (42,3%), embora também tenham sido citados outros (mangueira, cabo de vassoura e corrente). Em relação à pessoa que mais utilizou essa prática, a mãe (86,1%) e o pai (58,6%) foram os que mais se destacaram.

Apesar da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes apresentar-se sob as formas de negligência, violências física, psicológica e sexual, segundo Guerra (1985) e Silva (2001), a violência física é a que mais se destaca. Os autores atribuíram isso ao fato de ser a modalidade mais notificada aos serviços de proteção, sendo potencialmente fatal, caso não sofra intervenção e, quando não fatal, produzir conseqüências físicas, psicológicas e outras.

No que se refere ao conceito, a violência física é considerada como o ato violento, com o uso da força física, intencional, portanto não acidental, praticado por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima, deixando ou não marcas evidentes (CARDOSO et al, 2003).

Considerando os tipos de violência física, estudos mostraram que ela pode ocorrer sob a forma de pequenas lesões físicas (tapas, murros) até o espancamento, fraturas, queimaduras, envenenamentos, afogamentos, ferimentos por arma branca, entre outras (CARVALHO, et al, 2008; COSTA et al, 2007; SILVEIRA; MAYRINK; NÉTTO, 2005).

A parte do corpo mais atingida nesse tipo de violência é a pele, de modo que, contusões, equimoses, escoriações, hematomas, edemas, queimaduras, presença de marcas de mordida podem ser observadas após episódios de maus-tratos. As equimoses provenientes dessa origem são encontradas, normalmente, em localizações atípicas tais como costas, região genital, coxas, nádegas, face ou parte de trás das pernas (SBP, 2001; CAVALCANTI, 2002; VIEIRA; VIEIRA; ABREU, 2001). Cavalcanti; Valença; Duarte (2000) destacaram que marcas no corpo de forma incomum podem ser indicativas de que algum objeto foi usado para golpear a vítima. Dentre esses objetos, foram citados o cinto, a vara, a corda, a correia, o arame ou o fio.

No que se refere às queimaduras, elas podem variar desde as marcas de cigarro, as quais podem ser confundidas com infecções de pele, até as queimaduras de 3º grau. Outras formas de apresentações para esse tipo de lesão são aquelas em forma de bota ou de luva, a qual ocorre quando a mão ou o pé são submersos em água e impedidos de serem retirados; as queimaduras em períneo como uma forma de “educar” os esfíncteres e as queimaduras com formas de objetos (ABRAPIA, 1997).

Outras lesões têm sido apontadas, dentre as quais: lesões tóraco-abdominais, auditivas, oculares e orofaciais; traumatismos cranianos; fratura dos membros superiores e inferiores, além de ferimentos diversos que podem causar invalidez temporária ou permanente, quando não, a morte (SILVA, 2002). Dentre as lesões associadas a essa modalidade de violência, estudos mostraram que, as orofaciais e/ou cranianas aparecem com uma frequência alta. Whittaker (1990) relatou uma frequência de cerca de 50,00%, enquanto que Becker; Needleman; Kotelchuck (1978) e Mouden (1998) mencionaram em seus trabalhos que essas lesões estiveram presentes em 65,00% dos casos de maus-tratos físicos. Carvalho et al (2001), após avaliarem 377 casos registrados no DERCA-BA, observaram que das vítimas com lesões, 72,73% se encontravam em cabeça e pescoço.

Segundo documentos apresentados pela Academia Americana de Pediatria (1999), a cavidade bucal pode ser o foco central para a ocorrência da violência física em virtude de sua importância na comunicação e nutrição. As injúrias mais comuns são infligidas por meio de instrumentos não pontiagudos, utensílios domésticos (garfos, colher, etc.), mãos ou dedos ou através de líquidos escaldantes ou substâncias químicas tóxicas. Ainda, nesse sentido, dados do Manual de Atendimento da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, da Prefeitura de Municipal de Curitiba (2002), mostraram que em 65% dos casos de internamento por maus-tratos existe o comprometimento oral, envolvendo lábios, gengivas, bochechas, língua e dentes.

As conseqüências de tais injúrias podem ser: contusões; lacerações da língua, mucosa bucal, gengiva alveolar, freio ou palato; dentes fraturados, deslocados ou avulsionados; fraturas dos ossos da face ou maxilares; necrose pulpar. Mordaças aplicadas na boca podem levar a hematomas ou contusões, liquenização ou cicatrizes nas extremidades da boca (VIEIRA; VIEIRA; ABREU, 2001; CARVALHO, 2002; DARUGE; CHAIM; GONÇALVES, 2004).

Dependendo da violência e do contexto da pesquisa, o vínculo entre vítimas e agressores, pode apresentar variações. Carvalho et al. (2001) apontaram em seu estudo, o pai como responsável por grande parte dos casos de violência física; Costa et al. (2007) apontarem “outros agressores” e em outros estudos (CARIOLA et al. 1995; VIEIRA; VIEIRA; ABREU, 2001), a mãe apareceu como o principal agente agressor.

Em relação a essa realidade, Silva (2001) e Brito et al. (2005) sugeriram ligação com a estrutura familiar das sociedades em geral. No Brasil, em que cabe à mulher a educação dos filhos, o tempo de permanência ao lado dos mesmos e a responsabilidade culturalmente atribuída no processo educativo, podem ter influência na agressividade manifestada no comportamento da mãe para a educação dos filhos.

### 2.2.2 A violência sexual

No aspecto conceitual, a violência sexual vem sendo abordada por diversas áreas de conhecimento, no entanto, dentro de um consenso mais amplo, adota-se a definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde:

Qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual, ou de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitados a ele (OMS, 2002, p. 148).

Considerando, a violência sexual contra crianças e adolescentes, observa-se que se trata de um fenômeno complexo de abordar, uma vez que envolve questões jurídicas, psicológicas e sociais (HABIGZANG et al., 2006). Integrando outras formas de violência (estrutural, político-social, familiar e na escola), suas características apontam a interferência dos aspectos sócio-culturais, muito embora, nos países em desenvolvimento esteja relacionada a determinantes socioeconômicos, de desestruturação social e desagregação familiar (COSTA, 2006a).

Sendo apontada com um fenômeno universal que atinge todas as idades, classes sociais, etnias, religiões e culturas, este tipo de violência nem sempre é diagnosticada ou denunciada, o que em parte tem sido atribuído, entre outras

coisas, à ausência de lesões físicas aparentes, dificultando seu diagnóstico por profissionais; sentimentos de culpa, constrangimento e tolerância da vítima; despreparo de muitos profissionais; ausência de padronização no diagnóstico; bem como ao fato de que na sua maioria é praticada por pessoas ligadas diretamente à vítima e sobre a qual exercem alguma forma de poder, culminando assim em um “pacto de silêncio” (DREZETT et al., 2001; PFEIFFER; SALVAGNI, 2005; HABIGZANG et al., 2006).

Apesar do baixo percentual de denúncias, sendo considerada uma das condições de maior subnotificação mundial, esse tipo de violência é cada vez mais reportada, estimando-se um acometimento de cerca de 12 milhões de pessoas por ano em todo o mundo (DREZETT et al., 2001).

De acordo com o Relatório do Sistema Nacional de Combate à Exploração Sexual Infanto-Juvenil, referente ao período de fevereiro de 1997 a janeiro de 2003, houve um aumento no número de denúncias em todo o país, sendo que a região Sudeste foi responsável por 48,23% e a região Nordeste por 27,01% do total realizado (4893). Em relação ao local de ocorrência, a residência correspondeu ao maior número de casos; a faixa etária e o sexo predominantes foram, respectivamente, de 12 a 18 anos e no sexo feminino. No que se refere ao tipo de violência, o abuso sexual aparece com mais freqüência (76,17%) do que a exploração sexual (63,58%) (ABRAPIA, 2003).

Para Costa (2006a, p. 24) a violência sexual contra criança ou adolescente compreende: “toda situação onde uma criança ou adolescente é usado por adulto ou adolescente mais velho, para fins sexuais, podendo ser na forma de abuso ou exploração, com diferentes manifestações”.

A violência sexual é classificada pelos autores em abuso ou exploração sexual. Em relação a esses conceitos, Faleiros e Campos (2000) ressalta que devem ser levados em consideração aspectos como: natureza da relação estabelecida (intrafamiliar ou extrafamiliar) e as condições que envolvem o agressor e a vítima.

Em função das diferentes formas sobre as quais a violência sexual contra crianças e adolescentes pode ser manifestada, faz-se relevante a conceitualização das mesmas, o que permitirá a identificação dos seus diferentes tipos.

O abuso sexual é definido pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência – ABRAPIA como “uma situação em que uma

criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou mesmo de adolescente mais velho [...] O uso do poder, pela assimetria entre abusador e abusado é ingrediente por excelência de toda situação de abuso” (ABRAPIA, 2002, p. 6).

Para fins teóricos, os diferentes tipos de abuso podem ser classificados em:

A) Abuso sexual intrafamiliar: também chamado de abuso incestuoso, consiste em qualquer relação de caráter sexual de adulto ou adolescente, contra criança ou adolescente, onde há um laço familiar (direto ou não) ou relação de responsabilidade entre vítima e agressor (BRASIL, 2004b);

B) Abuso sexual extrafamiliar: ocorre fora do ambiente familiar, embora possa ser perpetrado por pessoas que a vítima conheça ou confia, além dos desconhecidos. Pode também ser praticado nas Instituições de Proteção e Defesa, entre as crianças, adolescentes institucionalizados ou por profissionais da Instituição (COSTA, 2006a).

Vale ressaltar que as formas descritas acima podem ser expressas das seguintes maneiras:

A) Abuso sexual sem contato físico: corresponde a práticas sexuais sem o contato físico entre as pessoas envolvidas. Pode se apresentar como: assédio sexual, abuso sexual verbal, telefonemas obscenos, exibicionismo, *voyeurismo*, pornografia (ABRAPIA, 2002);

B) Abuso sexual com contato físico: envolve atos físico-genitais que incluem carícias nos órgãos genitais, tentativas de relações sexuais, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal, podendo ser tipificados em: atentado violento ao pudor, corrupção de menores, sedução e estupro (BRASIL, 2004b).

Alguns tipos de abuso merecem destaque. São eles:

1 - Pedofilia: constitui-se uma patologia psiquiátrica, relacionada a perversão sexual, cuja característica é a atração por crianças e adolescentes, satisfazendo-se com fotos, fantasias ou com ato sexual. Pode ser manifestada por meio de estupro, atentado violento ao pudor, corrupção de menores, pornografia e exploração sexual, nas suas diferentes formas, praticadas por adulto ou adolescente acima de dezesseis anos (COSTA, 2006a).

2 - Incesto: relação sexual e/ou amorosa entre pessoas do mesmo sangue, sendo o matrimônio entre parentes de primeiro grau (pais e filhos, irmãos e irmãs) proibido por lei. De acordo com o Código Penal, o incesto praticado por adultos contra

crianças abaixo de 14 anos é considerado violência sexual, independente de ser empregada a força física (BRASIL, 2004b);

3 - Estupro: é a situação em que ocorre penetração vaginal com uso de violência ou grave ameaça, sendo aquela considerada presumida em crianças ou adolescentes de até 14 anos de idade (ABRAPIA, 2002).

4 - Atentado Violento ao Pudor: constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal (BRASIL, 2004b).

Em relação aos abusadores sexuais de crianças e adolescentes, Silva; Senna e Kassar (2005) relatam que pode ser qualquer pessoa, independente de sexo, nível de escolaridade ou religião, sendo apontadas pessoas como: pai, mãe, padrasto, irmãos, avós, vizinhos, desconhecidos, entre outros. Vale ressaltar que, em geral, os autores relatam que esse tipo de violência normalmente é praticada por pessoas do convívio da vítima, e em especial, familiares (ABRAPIA, 1997; ADED et al., 2006).

Em estudo realizado em Feira de Santana-BA por Costa et al. (2007), observou-se que o domicílio foi o ambiente onde mais ocorreu a violência contra crianças e adolescentes, sendo que para a violência sexual, os familiares foram os principais perpetradores (23,8%), sendo o padrasto o mais apontado (12,8%).

No que diz respeito à Exploração Sexual Comercial contra crianças e adolescentes, segundo a Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), essa forma de violência é considerada como uma das piores formas de trabalho infantil, podendo ser definida da seguinte maneira:

[...] forma de violência sexual que se caracteriza pela obtenção de vantagem ou proveito, por pessoas ou redes, a partir do uso (abuso) do corpo dessas crianças/adolescentes, com base numa relação mercantilizada de poder (SILVA; SENNA; KASSAR, 2005, p. 102).

Segundo publicações da ECPAT Internacional (End Child Prostitution Child Pornography And Trafficking Of Children For Sexual Purposes), a exploração sexual comercial infantil compõe-se de práticas criminais que aviltam e ameaçam à integridade física e psicossocial de crianças, sendo considerada uma violação dos direitos humanos e, sobretudo, das crianças. A ECPAT Internacional consiste em uma rede mundial de organizações envolvendo 65 países, entre os quais o Brasil, os quais colaboram para a eliminação de prostituição infantil, pornografia infantil e tráfico de crianças de objetivos sexuais (ECPAT, 2008).

No que se refere ao explorador, observa-se que pode ser identificado na figura do consumidor, aliciador, ou aquele que ajuda a cooptar a vítima para a rede de exploração (LEAL; LEAL, 2002).

Assim como o abuso, a exploração sexual comercial contra crianças e adolescentes pode se apresentar sob diversas modalidades. São elas:

A) Pornografia: também considerada como abuso, esse tipo de exploração tem como objetivo a satisfação sexual, mas também o lucro financeiro. Corresponde à exposição de imagens eróticas de partes do corpo e práticas sexuais, envolvendo crianças e adolescentes sob a forma de livros, publicações, vídeos e principalmente, internet, entre outros (BRASIL, 2004b);

B) Trocas sexuais: troca de sexo por outros favores, geralmente envolvendo crianças abandonadas, carentes ou em situação de rua, necessitando de favores ou em troca de drogas (COSTA, 2006a);

C) Trabalho sexual infanto-juvenil autônomo ou exploração sexual sem intermediários: é a exploração sexual sem agenciamento, em que crianças e adolescentes comercializam o sexo como uma forma de sobrevivência (mais comum entre os pobres) ou para manter um estilo de vida (camadas mais favorecidas), bem como, para custear o vício em drogas (BRASIL, 2004b; COSTA, 2006a);

D) Trabalho sexual infanto-juvenil agenciado ou exploração sexual com intermediários: é a comercialização de sexo intermediada por uma ou mais pessoas (rufiões, cafetões, cafetinas) ou serviços/agências (clubes, bordéis, etc.). Os explorados normalmente pagam por moradia, proteção, alimentação, cuidados estéticos e muitas vezes tornam-se escravos desse esquema (BRASIL, 2004b; COSTA, 2006a);

E) Turismo sexual orientado para a exploração sexual: caracterizado por excursões turísticas, com fins velados de proporcionar prazer e sexo a turistas nacionais ou estrangeiros, (LEAL; LEAL, 2002; BRASIL, 2004b);

F) Tráfico para fins de exploração sexual: considerada como uma das modalidades mais perversas de exploração sexual, envolve atividades de cooptação/aliciamento, intercâmbio, rapto, transferência e hospedagem da pessoa recrutada para esta finalidade, as quais, normalmente, ocorrem de forma “maquiada” por agências de modelo, turismo, trabalho internacional, matrimônio ou adoção (BRASIL, 2004b; COSTA, 2006a). De acordo com publicações da UNICEF (2006), o tráfico infantil refere-se ao recrutamento internacional ou interno, transporte ou recebimento, de

crianças com fins de trabalho forçado, exploração sexual ou similares, o que pode envolver ou não a coerção ou força física.

Como panorama nacional, o relatório da Pesquisa Nacional de Tráficos de Mulheres e Adolescentes para fins de Exploração Sexual (PESTRAF) realizada entre junho de 2001 e junho de 2002 em 19 estados brasileiros, revelou um predomínio da violência sexual entre meninas e mulheres de 12 a 18 anos, afro-descendentes, com baixa escolaridade e oriundas de classes sociais populares. No que se refere ao tráfico para fins sexuais, as mais acometidas têm idade entre 15 e 25 anos e em geral, já haviam sofrido algum tipo de violência intrafamiliar. Em relação às rotas, foram identificadas 241, sendo 131 internacionais, 78 interestaduais e 32 intermunicipais; cujos destinos para fora do país incluíam: Espanha, Holanda, Venezuela, Bolívia, Suriname, Estados Unidos, Itália, Portugal, entre outros. Para tanto, foram utilizados rodovias, portos e aeroportos oficiais ou clandestinos. Os aliciadores, por sua vez, correspondiam em sua maioria, a homens entre 20 e 56 anos, estrangeiros ou não (LEAL; LEAL, 2002).

Ao observar os dados da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) - Sistema Nacional de Notificação de Exploração Sexual: no período de fevereiro de 1997 a dezembro de 1999, no Brasil, foram registradas 1.271 denúncias, sendo 1.109 casos de exploração sexual, 74 de turismo sexual, 45 de pedofilia na Internet, 26 casos de tráfico para o exterior e 17 de pornografia. Essa violência atinge, sobretudo, o sexo feminino, crianças, adolescentes e mulheres jovens, sendo a maior parte da violência praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando os crimes mais difíceis de serem denunciados. Ressalta-se que menos de 10% destes casos chegam às Delegacias (ABRAPIA, 2002).

### **2.3 Construção histórico-social da infância e adolescência e sua interface com a violência**

Crianças e adolescentes, com distintas e peculiares formas de comportamento, podem ser compreendidos a partir das suas relações com adultos e a sociedade onde estão inseridos. O modo de organização familiar e escolar, bem como as estratégias dos pais em cuidar dos seus filhos, podem ser citados como



fatores que influenciam na concepção de infância e adolescência e respectivas trajetórias do desenvolvimento. As concepções sobre a infância e a adolescência foram modificadas ao longo das décadas, variando nos diferentes contextos sociais, econômicos, políticos e geográficos, e inclusive com as peculiaridades individuais (SALLES, 2005).

Para os estudiosos, a infância e a adolescência devem ser encaradas numa perspectiva sócio-histórica com repercussões na subjetividade e no comportamento do homem e não apenas como períodos naturais do desenvolvimento, aspectos estes de caráter universal e abstrato. Os significados e as significações atribuídos são reflexos da forma com que a sociedade os encara, os quais têm se modificado ao longo da história (BOCK, 2007; COUTINHO, 2005).

Etimologicamente, as palavras infância e adolescência vêm do latim, *infantia* e *adolescencia/adolescens*, respectivamente. Nesse contexto, infância refere-se ao indivíduo que ainda não é capaz de se expressar e a adolescência sendo o período da vida entre a puberdade e a adultície. A adolescência está comumente associada à puberdade, palavra também derivada do latim (*pubertas-atis*), que se refere ao conjunto de transformações fisiológicas ligadas à maturação sexual, traduzindo a passagem progressiva da infância à adolescência. Embora esses sejam conceitos clássicos, priorizam o aspecto fisiológico e a idade cronológica, o que não é suficiente para caracterizá-las (FROTA 2007).

Um aspecto apontado na literatura é a necessidade de se desvincular a concepção de infância e criança de uma idéia pré-concebida. O termo criança é originário do latim (*creantia, criantia*) e seu significado sofreu influências e modificações socioculturais, a partir das relações estabelecidas no seu meio. Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em novembro de 1989, considera-se como criança “todo ser humano com menos de dezoito anos de idade, a não ser que, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes” (BRASIL, 2008c). Em se tratando do Estatuto da Criança e do Adolescente, a criança é o indivíduo até os doze anos incompletos e o adolescente, entre os doze e dezoito anos, idade da maioridade civil (BRASIL, 2006b).

Buscando relacionar esses dois conceitos, Frota (2007, p. 147) comenta que a infância deve ser compreendida como “um modo particular de se pensar a criança, e não um estado universal, vivida por todos do mesmo modo”. Nesse sentido,

observa-se que, embora já existam estudos que focalizem a criança como autora e produto da sua interação com os adultos, é preciso um maior avanço nesse sentido, uma vez que, para compreender a infância, é necessário entender a criança e seu mundo a partir do seu próprio ponto de vista. Essa visão, um tanto tradicional e positivista, tem a ver com o perfil racional, masculino e adulto da sociedade, o que torna a criança expectador de sua própria história (DELGADO; MÜLLER, 2005; FROTA, 2007).

Ao longo da História, existiram diferentes concepções sobre a infância e adolescência, bem como sobre as formas de tratamento a elas direcionadas. Em função disso, para compreender o panorama atual, se faz necessário conhecer o contexto histórico no qual essas concepções foram construídas e seus reflexos na forma atual de agir (BOCK, 2007; CAMPOS; SOUZA, 2003).

Ariès (1960), historiador francês e um dos primeiros autores a abordar a construção da infância, a considerou como uma invenção da Idade Moderna, resultante de um tempo histórico e de condições socioculturais determinadas, onde a emergência do sentimento de infância, como uma consciência da particularidade infantil, foi decorrente de um longo processo histórico, não sendo uma herança natural. Para este autor, antes do período medieval, a infância era desconhecida ou não representada.

Os séculos XVI e XVII, por sua vez, esboçaram uma concepção marcada pela inocência e fragilidade infantil. Ao final do século XVIII e início do XIX, a percepção que até então se tinha da criança foi gradualmente se modificando, para a concepção de infância como uma etapa distinta (PIMENTEL; ARAÚJO, 2007; SALLES, 2005).

Antes do século XVIII, as crianças eram tratadas como adultos em miniatura ou pequenos adultos, de modo que, apenas os que possuíam posição socioeconômica mais favorável, recebiam cuidados especiais, sendo esses limitados aos primeiros anos de vida. A partir dos três ou quatro anos, as crianças já participavam das mesmas atividades dos adultos, inclusive orgias, enforcamentos públicos, trabalhos forçados nos campos ou em locais insalubres, além de serem alvos de todos os tipos de atrocidades praticados pelos adultos, não parecendo existir diferenciação entre elas e os mais velhos (FROTA, 2007).

Independente de críticas, o que se observou no ocidente foi que o movimento de particularização da infância ganhou forças a partir do século XVIII, momento esse

em que a família sofreu grandes transformações e criaram-se novas necessidades sociais nas quais a criança foi valorizada enormemente, passando a ocupar um lugar central na dinâmica familiar. A partir de então, a infância e a criança tornaram-se objetos de estudos e saberes de diferentes áreas, constituindo um campo temático de natureza interdisciplinar (FROTA, 2007).

Segundo Pimentel e Araújo (2007), essa nova mentalidade ocorreu a partir das transformações sociais inerentes ao modo de produção capitalista, momento este em que a criança é descoberta enquanto força de trabalho. Para os autores foi pela exploração da mão-de-obra, que a infância foi reconhecida. Em função disso, o Estado, a partir de um interesse acentuado pela educação da criança e com o objetivo de assegurar a existência de uma população adulta saudável, adaptada e produtiva, iniciou um processo de infantilização da mesma:

A partir desse momento, a criança passa a ser considerado um ser inacabado, objeto de normas, submetida a uma hierarquia rigorosa a fim de se tornar, amanhã, um adulto completo. Passou-se a admitir que a criança não estava madura para a vida, e que era preciso submetê-la a um regime especial, a uma espécie de quarentena antes de deixá-la unir-se aos adultos. (PIMENTEL, ARAÚJO, 2007, p. 189).

Nesta etapa, a criança foi excluída do mundo do trabalho e de responsabilidades, o que levou a separá-la das atividades nas quais a sua presença era usual, adquirindo assim, um status de pura, assexuada e inocente. Foi essa distinção entre criança e adulto que fez com que a adolescência começasse a ser percebida como um período à parte do desenvolvimento humano (SALLES, 2005).

Analisando estudos sobre a história da infância, Quinteiro (2002) verificou que, embora a preocupação com a criança tenha sido alvo de discussão em textos juristas, médicos, políticos, etc., desde o século XIX, isso não foi suficiente para legitimá-lo como um problema de investigação científica, o que só começou a acontecer nos últimos anos. A autora ainda apontou que as políticas sociais dirigidas a este grupo durante todo o século XX foram caracterizadas pelo paternalismo e assistencialismo e ao repressismo, sobretudo, quando se tratavam de crianças pobres.

O interesse pela adolescência começou a se firmar no final do século XIX e início do século XX, com o incremento da industrialização e urbanização. A condição básica que favoreceu a “inauguração” da adolescência ocidental foi, principalmente,

a possibilidade de prescindir da ajuda financeira dos jovens que agora poderiam se dedicar mais tempo à formação profissional. Paralelamente, aumentou também o tempo de tutela das crianças pelos pais, uma vez que elas foram mantidas mais tempo nas escolas (COUTINHO, 2005; FROTA, 2007).

Bock (2007) relatou que, com a revolução industrial, a sociedade moderna passou por grandes modificações nas formas de vida: o trabalho se sofisticou, do ponto de vista tecnológico e passou a exigir um tempo prolongado de formação adquirida na escola, o que afastou os jovens do trabalho por algum tempo. Além disso, o desemprego crônico/estrutural da sociedade capitalista trouxe a exigência de retardar o ingresso dos jovens no mercado e aumentar os requisitos para este ingresso, o que era respondido pelo aumento do tempo na escola. A sociedade então assiste à criação de um novo grupo social, com padrão coletivo de comportamento: a adolescência.

Enquanto construção da modernidade, a adolescência foi engendrada a partir de um contexto de crises e contestação social, o que fez com que ela fosse representada como uma fase de “tempestades e tormentas”, germe de transformações (FROTA, 2007, grifo do autor).

Algumas características dessa fase são descritas pela psicologia como peculiares, entretanto, devem ser constituídas a partir de um processo histórico e social, surgindo como resultado da contradição vivida pelos jovens, nessa fase da história. As características mais destacadas são: a crise de identidade e a busca de si mesmo; tendência grupal; necessidade de intelectualizar e fantasiar; atitude rebelde; onipotência, entre outras (BOCK, 2007)

Gradualmente, a adolescência como uma fase da vida vai se consolidando e se torna um fenômeno universal, com repercussões pessoais e sociais inquestionáveis. A adolescência passa a ser caracterizada como um emaranhado de fatores de ordem individual, por estar associada à maturidade biológica, e de ordem histórica e social, por estar relacionada às condições específicas da cultura na qual o adolescente está inserido (SALLES, 2005, p. 35).

Atualmente, ainda observa-se que a adolescência é freqüentemente entendida como um momento de desajuste e rebeldia, frente aos valores instituídos, o que está em sintonia com o ideal cultural que ela representa e veicula (COUTINHO, 2005). No entanto, é preciso não perder de vista o vínculo entre o desenvolvimento do homem e a sociedade, o que torna urgente a necessidade de se

“despatologizar” a noção do desenvolvimento humano, em especial a adolescência, re-construindo a compreensão da sua expressão social (FROTA, 2007, grifo do autor).

Nesse sentido, a adolescência deve ser pensada além da idade cronológica, da puberdade e transformações físicas que ela acarreta, dos ritos de passagem, ou de elementos determinados de modo natural. A adolescência deve ser pensada como uma categoria que se constrói, se exercita e se re-constrói dentro de uma história e tempo específicos (FROTA, 2007).

No Brasil, a visão sobre a criança, a adolescência e seus respectivos papéis sociais nem sempre foram favoráveis. Isso porque, no período de colonização, a organização social vigente se caracterizava pela supremacia do poder dos adultos sobre crianças e adolescentes, os quais eram desprovidos de direitos e de cidadania, podendo, portanto, ser tratados e manipulados como objetos (PIMENTEL; ARAÚJO, 2007).

A história da infância e da adolescência brasileira foi marcada, segundo alguns autores, pela desigualdade, exclusão e dominação, o que pode ser observado nos períodos Colonial, Imperial e Republicano, chegando, inclusive, ao momento atual. Nesse sentido, Fontes (2005) aponta que se confunde com a história do preconceito, da exploração e do abandono, uma vez que, desde o início da colonização, houve diferenciação segundo classe social, com direitos e lugares diversos.

Para as elites houve o favorecimento do acesso à educação formal, às faculdades de direito, medicina e engenharia, às aulas de piano ou de boas maneiras. Para os pobres foram criados os orfanatos, as “rodas”, as casas de “expostos”, as casas de correção, as escolas agrícolas, as escolas de aprendizes, a profissionalização subalterna, a inserção no mercado de trabalho pela via do emprego assalariado ou do trabalho informal. O acesso dos pobres à educação não foi considerado um dever inalienável do Estado, mas uma obrigação dos pais; e o não acesso a ela, uma situação de exceção, uma situação irregular, cuja responsabilidade cabia à família. O desenvolvimento da criança estava integrado ao projeto familiar, à vida doméstica, à esfera privada (FALEIROS, 2005, p. 171-172).

As crianças pobres abandonadas ou de famílias ricas que precisavam esconder os filhos nascidos fora do casamento, ou seja, vítimas do abandono moral, eram deixadas na “casa de expostos”, sendo que a primeira foi fundada em 1726, na Bahia. Verifica-se ainda que, no período colonial, a história do atendimento e da legislação era muito voltada para as crianças abandonadas. As instituições de

assistência dessa época funcionavam como instituições privadas, ligadas à Igreja, situação que durou até final do século XIX. Vale ressaltar que, no final desse século, havia uma grande população de ex-escravos que não tinha se engajado no mercado de trabalho urbano e cujas crianças viviam nas ruas sem qualquer assistência pública. Portanto, as crianças que demandavam assistência do Estado eram aquelas consideradas abandonadas ou delinqüentes; sobretudo a criança moralmente abandonada, era o principal alvo de preocupação dos legistas e dos políticos nesse período (CONANDA, 2000, grifo do autor).

Nos primeiros anos da República a questão da criança e do adolescente passou a ser considerada uma questão de higiene pública e de ordem social, para ser consolidado um projeto de nação forte, saudável, ordeira e progressista encontrado na proposta “Ordem e Progresso” (FALEIROS, 2005, grifo nosso).

No final do século XIX e início do século XX, verificou-se uma explosão demográfica onde as pessoas com menos de 19 anos representavam 51% da população, o que significava que mais da metade da população brasileira da época era composta por crianças e adolescentes. Assim, motivados pela vontade republicana de modernização e inspirados nos moldes da sociedade européia, na qual a idéia de investimento na criança para transformação social era amplamente difundido pelos educadores, os movimentos populares começaram então a cobrar do Estado uma assistência pública para as crianças abandonadas e delinqüentes (CONANDA, 2000).

Em 1927, nesse contexto de perspectivas e reivindicações, foi promulgado o Código de Menores, chamado de Código Melo Matos, primeiro Juiz de Menores do Brasil e da América Latina. Esse código, porém, seguia a concepção de que a pobreza, assim como as situações de maus-tratos, desvio de conduta, infração e falta dos pais ou de representantes legais, eram considerados defeitos. O Código orientava uma atitude assistencial para os pobres em situação irregular ou em risco e de repressão, para os considerados perigosos ou delinqüentes. Tal documento perdurou por 60 anos, passando por uma reformulação em 1979, quando foi introduzida a doutrina da situação irregular do menor, o que não modificou a concepção da criança e do adolescente como menor abandonado ou delinqüente (CONANDA, 2000; FALEIROS, 2005). Essa situação só foi modificada a partir de 1990, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que definiu todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, com necessidades

específicas decorrentes de seu desenvolvimento peculiar. A criança e o adolescente passam então a ocupar seus lugares como sujeitos construídos historicamente e dotados de direitos deveres (FROTA, 2007).

Ainda em relação a esse momento histórico, Faleiros (2005) apontou que o reconhecimento da criança e do adolescente como cidadãos mudou o marco de referência legal, mas foi a ampla mobilização da sociedade pelos direitos infanto-juvenis que propiciou a elaboração de novas políticas e a articulação de uma frente parlamentar vinculada à criança.

A respeito da visão contemporânea da infância e adolescência e do modo de tratamento exercido nessas fases, faz-se válido o comentário de Frota (2007, p. 150):

A partir de reflexões sobre as diversas concepções de infância e criança, [...], surge uma preocupação cada vez mais ampla e sistemática com o estudo e compreensão da criança e de seu desenvolvimento, com suas maneiras de aprender e com a necessidade de uma educação formal que lhe permita amadurecer de modo mais sadio. A disciplina, até então exercida de forma violenta e agressiva, vai sendo abolida e substituída por técnicas que denotam atitudes mais respeitosas.

Nessa perspectiva, cabe avaliar as decisões educativas ainda predominantes. Tais decisões são tomadas por adultos que, tomando como base representações hegemônicas, portanto, estereotipadas, desconsideram o papel das crianças como autores do seu próprio processo de socialização (DELGADO; MÜLLER, 2005), o que talvez tenha contribuído para a persistência de atitudes de maus-tratos, como parte do processo educativo e a aceitação como algo positivo e disciplinador. Para Quinteiro (2002), a participação da criança nesse processo educativo não pode ser encarada como passiva e em aspectos exclusivamente psicológicos, e sim, social, econômico, político e histórico.

Com base nessas prerrogativas, compreende-se que crianças e adolescentes são diferentes e que suas ações também sofrem influência, entre outras, da idade, da raça, das condições sociais onde vivem, da forma como são tratadas, sendo necessário, considerar não somente o que essas fases trazem de comum, mas também o que as distinguem.

No entendimento da construção social da infância é preciso que sejam considerados aspectos importantes desse processo, os quais propiciam à criança características peculiares, embora, não pré-determinadas. Entre essas destacam-se: a subjetividade, a ludicidade, a fantasia do real, a interatividade e a reiteração.

Considerar tais aspectos é ponderar a visão adultocêntrica predominante e aceitar de forma neutra, a criança como sujeito e co-autor de suas próprias relações e representações (DELGADO; MÜLLER, 2005).



### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo Geral

Analisar o conhecimento técnico e a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica (Programa de Saúde da Família/PSF e Unidades Básicas de Saúde/UBS: Médicos, Cirurgiões-Dentistas, Enfermeiros, Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde), frente a situações de crianças e adolescentes vitimizados pela violência física e sexual, na cidade de Feira de Santana-BA, em 2008.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o conhecimento técnico e a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica de Feira de Santana-BA, diante dos casos de crianças e adolescentes vitimizados pela(s) violência(s);
- Investigar a associação entre as variáveis dependentes (identificação e notificação de casos de crianças e adolescentes vítimas de violência física e sexual) e variáveis independentes (características sociodemográficas dos profissionais: faixa etária, sexo e presença de filhos, características da atividade profissional: tempo de serviço, local de atuação e categoria profissional e a capacitação prévia).

## 4 MATERIAL E MÉTODO

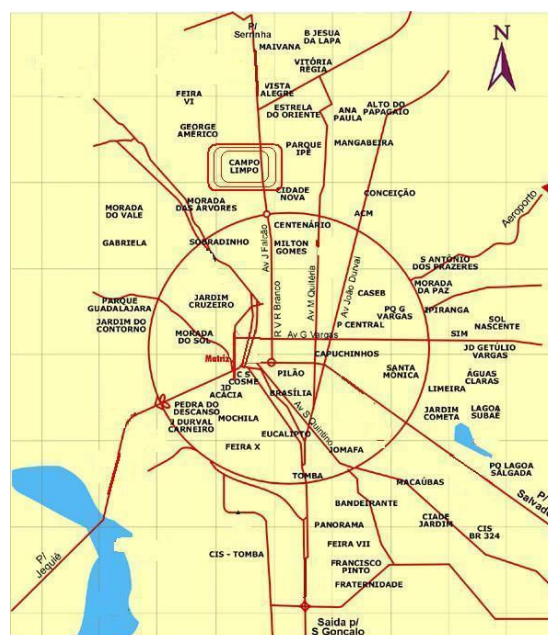
Estudo de corte transversal sobre o conhecimento técnico e a atuação dos profissionais da Atenção Básica em Saúde diante dos casos de vitimização de crianças e adolescentes pela violência física e sexual, no período de julho a setembro de 2008.

### 4.1 Área de Estudo

Este estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Feira de Santana-BA, 2ª maior cidade do Estado da Bahia/Brasil, com população em torno de 571.997 habitantes e distando 100Km da capital – Salvador. A cidade do estudo funciona geograficamente como um importante entroncamento rodoviário Norte, Nordeste e Sudeste, uma vez que, mostra-se cortada por três Rodovias Federais (BR 324, BR 116 e BR 101) e cinco Rodovias Estaduais (BA 052, BA 068, BA 501, BA 502 e BA 503) explicando, assim, o grande fluxo migratório na região (IBGE, 2009).



**Figura 1** - Mapa do Estado da Bahia  
Fonte: Google Imagens



**Figura 2** - Mapa da cidade de Feira de Santana  
Fonte: Google Imagens

## 4.2 Universo de Estudo

A Atenção Básica na gestão municipal de saúde compreende os serviços desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, sendo que, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em fevereiro de 2008, o município possuía 82 (oitenta e duas) USF e 13 (treze) UBS, o que totalizava 95 unidades de serviços e 1.371 profissionais (FEIRA DE SANTANA, 2008). Vale ressaltar que a distribuição de profissionais por unidade de atuação pode ser visualizada no Quadro 1 (Apêndice A).

## 4.3 Amostra

Para cálculo da amostra foi utilizada a amostragem aleatória estratificada por conglomerado em um estágio, sendo que se estabeleceu um número de 40 conglomerados, distribuídos nas três áreas e foi considerado como estrato, o tipo da unidade (PSF e UBS). A estimativa do tamanho da amostra (n) de profissionais de saúde do estudo foi calculada a partir da fórmula da amostragem aleatória simples, aplicando a correção de população finita para a população de 1.371 profissionais de saúde (1.0). Para tanto, assumiu-se uma prevalência esperada de 40% (violência física-35%; violência sexual-5%), observada no estudo de Costa, et al. (2007), em Feira de Santana-BA; erro aceitável de 5% ( $\varepsilon = 0,05$ ); intervalo de confiança de 95% ( $z = 1,96$ ) e poder do estudo de 80%, concluindo-se por um tamanho amostral de 291 profissionais. Vale ressaltar que, devido à amostra ser por conglomerado considerando-se o efeito de desenho, duplicou-se a amostra para 582 profissionais, ( $deff = 2$ ).

$$(1.0) \quad n = \frac{z^2 \cdot P \cdot (1-P)}{\varepsilon^2}$$

$z =$  nível de confiança de 95%  
 $\varepsilon =$  erro aceitável de 0,05  
 $P =$  prevalência esperada da violência física/sexual

### 4.3.1 Critérios de inclusão para os profissionais de saúde

- Fazer parte do quadro de funcionários da Atenção Básica de Saúde de Feira de Santana - BA;

- Estar desempenhando efetivamente suas atividades no período da coleta de dados;
- Aceitar participar do estudo voluntariamente e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B);

#### 4.3.2 Critérios de exclusão para os profissionais de saúde

- Não ser encontrado na Unidade após 03 (três) visitas à mesma;
- Estar afastado de suas atividades em função de férias ou licença média no período da coleta de dados;
- Não aceitar participar do estudo.

#### 4.4 Fonte e Instrumento de Coleta de Dados

Na coleta de dados foi utilizada fonte primária, mediante a utilização de dois questionários de caráter sigiloso (Apêndices C e D), elaborados a partir de um instrumento validado no estudo de Costa et al. (2006b) para a pesquisa “Violência contra crianças e adolescentes: a realidade, o enfrentamento e a prevenção”. Estes questionários foram adaptados aos objetivos e população alvo da pesquisa e previamente testados com 30 profissionais de saúde em um município da Bahia com características semelhantes as de Feira de Santana-BA. Buscou-se dessa forma, investigar a validade do instrumento.

O questionário 01 (Apêndice C) foi aplicado para profissionais com 3º grau completo (Médicos, Cirurgiões-Dentistas e Enfermeiros) e contém 38 quesitos, sendo 05 subjetivas e 33 objetivas. O questionário 02, por sua vez, foi direcionado para os profissionais de nível técnico (Técnicos/Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) (Apêndice D) e contém 36 quesitos, sendo 04 subjetivas e 32 objetivas. Vale ressaltar que ambos foram estruturados em quatro partes e redigidos de forma simples e clara para facilitar a compreensão dos participantes. As variáveis foram relacionadas ao perfil sociodemográfico dos profissionais; conhecimentos sobre a violência física e sexual contra crianças e adolescentes; relato de casos conhecidos e capacitação prévia na temática.

#### 4.5 Variáveis de Estudo

As variáveis foram agrupadas tendo em vista as associações pertinentes ao estudo e a discussão das mesmas.

BLOCO I – Variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas à atividade profissional

Neste bloco serão incluídas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil (solteiro, casado e outros); categoria profissional (Cirurgião-Dentista, Médico, Enfermeiro, Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde); especialidade (presença ou não e em quê); local de atuação (UBS, PSF) tempo de serviço; outros locais de atuação e presença de filhos e suas respectivas idades.

BLOCO II - Variáveis relacionadas ao conhecimento técnico sobre a violência física e sexual contra crianças e adolescentes

- a) Sinais mais encontrados em crianças e adolescentes vítimas de violência (agressividade, hematomas, escoriações, fissuras, rupturas, sangramentos, gravidez precoce, DST, incompatibilidade entre a lesão e a história relatada, marcas de mordida, dificuldade de aprendizado, atitudes erotizadas e interesse por brincadeira sexual, tristeza e isolamento, não sei, outro);
- b) Aspectos durante a anamnese e ao exame físico que podem levar a suspeitar de violência (questões abertas); Tipos e conceitos de violência sexual (pedofilia, pornografia, incesto, abuso, estupro e exploração sexual);
- c) Partes do corpo mais atingidas nos casos de Violência Sexual (todo o corpo, genitais, boca, não apresenta marcas e outras);
- d) Adultos que praticam violência física (pai, mãe, irmãos, padrasto, madrasta, tios, outro parente, vizinhos, amigos, namorados, desconhecidos, cafetão, prostituta, pessoa da Internet, não sei e outros);

- e) Adultos que praticam violência sexual (pai, mãe, irmãos, padrasto, madrasta, tios, outro parente, vizinhos, amigos, namorados, desconhecidos, cafetão, prostituta, pessoas da Internet, não sei e outros);
- f) Conseqüências da violência para o crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes (alterações temporárias, alterações permanentes e não causa alterações);
- g) Tipos e conceitos de violência sexual (pedofilia, pornografia, incesto, abuso, estupro e exploração sexual);
- h) Possível conduta que o profissional assumiria caso suspeitasse ou identificasse vítima de violência sexual (solicitaria parecer de outro profissional, conversaria com a família, perguntaria à criança, não teria tempo de suspeitar durante a consulta, notificaria, não saberia o que fazer e não poderia fazer nada);
- i) Local onde faria a notificação caso optasse por fazê-la;
- j) Atitude do profissional em relação à notificação de casos (notificar todos os casos, notificar somente os casos confirmados, não cabe ao profissional de saúde fazer a notificação, outra).
- k) Violência como um problema a ser enfrentado pelo Setor Saúde (sim e não);

BLOCO III - Variáveis relacionadas à identificação e atuação diante de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes:

- a) Suspeita ou identificação de casos de violência contra criança ou adolescente;
- b) Tipo de violência sofrida;
- c) Idade da vítima;
- d) Sexo da vítima;
- e) Tipo de sinal físico verificado no corpo (não ficaram marcas no corpo, lesões na boca, lesões nos genitais, lesões no ânus, lesões em outras partes; não sei informar);
- f) Local onde aconteceu a violência (casa, escola, rua, casa da vizinha, casa de parentes, festa, prostíbulo, não sei informar, outro);

- g) Situação em que teve conhecimento do caso (visita domiciliar, consulta, outro tipo de atendimento, reunião com grupo de adolescentes, informado por outra pessoa);
- h) Tipo de violência física ocorrida, em caso de violência sexual (não ocorreu, tapas ou murros, queimaduras, cortes, não sei, outros);
- i) Notificação do caso (sim, não e por quê);
- j) Identidade do notificante (o próprio profissional, vítima, mãe, pai, avós, irmãos, outros parentes, amigos, escola, outro profissional de saúde, vizinho, Conselho Tutelar, outro, não sei e anônimo);
- k) Local onde foi feita a notificação (conselho tutelar, delegacia, Ministério Público, Juizado da Infância e da Juventude, outro, não sei);
- l) Classificação da atuação dos profissionais citados por ordem crescente de importância no enfrentamento da violência (números variando de 1 a 10, sem repetição).

#### BLOCO IV – Variáveis relacionadas à capacitação prévia na temática

- a) Recebeu informação/capacitação (sim, não, instituição responsável);
- b) Fontes de informação (graduação, pós-graduação, congressos, cursos promovidos por associações de classe, local de trabalho, outro, não lembro);
- c) Carga horária (questão aberta);
- d) Interesse em receber capacitação (sim, não).

#### **4.6 Processo de Coleta de Dados**

Inicialmente, foi estabelecido contato com a Secretaria Municipal de Saúde através de ofício (Apêndice E), apresentada a pesquisa e solicitada a disponibilização de informações sobre o número de equipes e profissionais de saúde da Atenção Básica de Feira de Santana-Ba.

Anteriormente à coleta de dados, foi realizado treinamento com a equipe de coleta, através de um “Manual de Sistematização” de procedimentos básicos, referentes aos aspectos éticos e metodológicos: explicações sobre anonimato; instrumento e importância da pesquisa; entrega de envelope codificados, lacrados e

recolhido após coleta pelo pesquisador; estabelecimento do livre arbítrio (termo de consentimento livre e esclarecido – Apêndice B); supervisão.

Após aprovação pelo referido Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS (CEP-UEFS), foi feito novo contato com a Secretaria de Saúde solicitando autorização para a coleta de dados no período referido (Apêndice F), bem como para que fosse elaborado um ofício para os responsáveis por cada unidade de saúde com informações relevantes sobre a pesquisa (objetivos, período de coleta, anonimato, confidencialidade, voluntariedade, importância), bem como, autorização da SMS .

Anteriormente à coleta de dados, foi feita uma visita de reconhecimento a todas as unidades de saúde, a fim de manter contato com seus responsáveis, entregar o ofício da SMS e agendar, de acordo com a disponibilidade da equipe de saúde, as visitas subsequentes para aplicação dos questionários. Nos dias acordados, a equipe de coleta composta por integrantes do NNEPA (Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência), compareceu às unidades, onde permaneceu em média 3 horas para que todos os questionários fossem aplicados, sem interferir na rotina de atendimento.

Antes da entrega dos questionários, foram reforçadas verbalmente as informações sobre a pesquisa e entregues duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para aqueles que concordaram em participar. Vale ressaltar que os profissionais de saúde responderam ao questionário individualmente e à distância do pesquisador e da equipe de coleta.

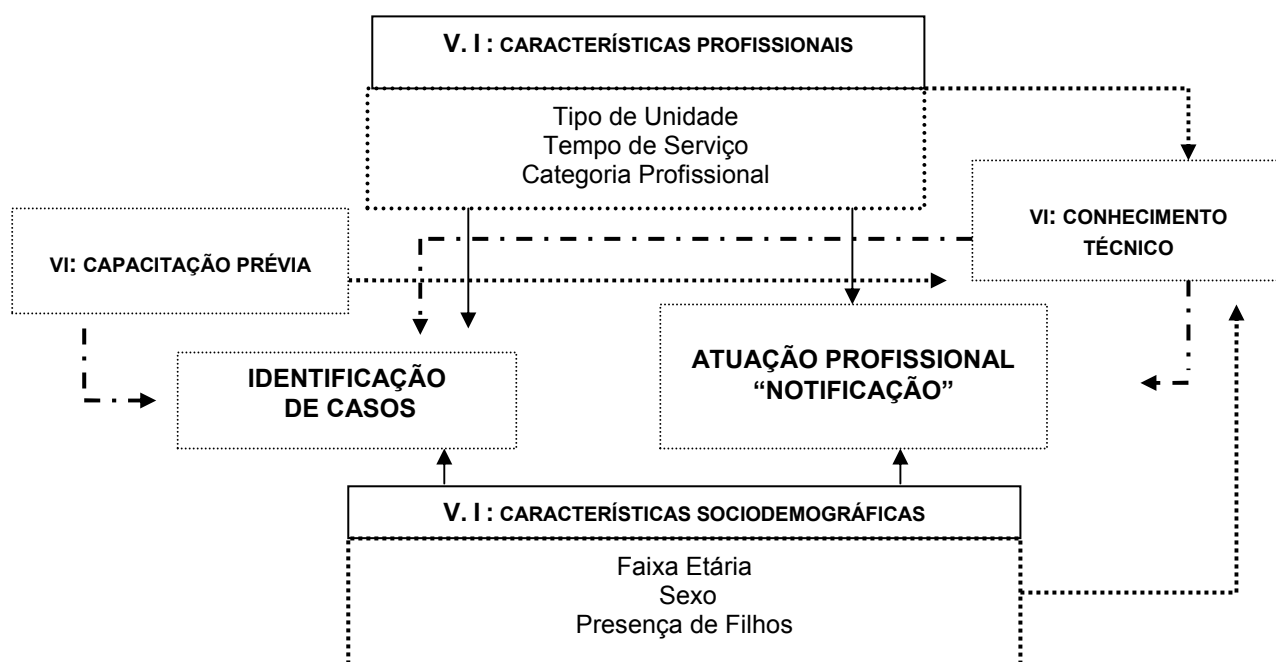
#### **4.7 Análise e Interpretação dos Dados**

Os dados foram armazenados e processados utilizando o Programa Statistical Package for Social Science SPSS, versão 12.0 for Windows, sendo  $\alpha=0,05$ , o nível de significância adotado para a análise estatística e 95%, o intervalo de confiança considerado.

Considerando a literatura pesquisada, construiu-se um modelo teórico (Figura 3) norteador para a análise dos dados e alcance dos objetivos propostos pela presente pesquisa. Neste modelo propõe-se a associação entre variáveis dependentes (V. D) (identificação e notificação de casos de crianças e adolescentes vítimas de violência física e sexual) e variáveis independentes (V.I) (características sociodemográficas dos profissionais: faixa etária, sexo e presença de filhos;



características da atividade profissional: tempo de serviço, local de atuação e categoria profissional e a capacitação prévia).



**Figura 3** – Modelo teórico para avaliar a associação entre as variáveis independentes e dependentes.

### Fase I:

Inicialmente, foi realizada análise descritiva: do perfil sociodemográfico e profissional dos sujeitos da pesquisa; do conhecimento técnico sobre a violência contra crianças e adolescentes; relato de casos e atuação diante das crianças e adolescentes vitimizados; bem como, da capacitação prévia sobre a temática. Para tanto foram calculadas, frequências simples e prevalências.

### Fase II:

Associação entre as variáveis dependentes e independentes, sendo utilizada como medida de associação, a razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC-95%) e como medida de significância estatística, o teste qui-quadrado de Pearson ( $X^2$ ) com valor de  $p \leq 0,05$  para considerar tal medida significativa.

#### **4. 8 Aspectos Éticos**

Atendendo às recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, a presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS e foi aprovado (Apêndice G) sob Protocolo N.º 007/2008 (CAAE 007.0.059.00-08). Os dados resultantes do estudo serão armazenados durante 05 (cinco) anos no NNEPA, localizado no módulo VI da UEFS, sob a responsabilidade da professora Dra. Maria Conceição Oliveira Costa, coordenadora do referido núcleo.

Em relação à participação no estudo, os profissionais que não concordaram ou que desistiram durante a coleta de dados, tiveram seus direitos reservados, não sendo incluídos na amostra. Por outro lado, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) se fez necessária para aqueles que concordaram em participar (BRASIL, 1996).

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de artigos científicos, relatórios e reuniões técnicas com a Divisão de Saúde da Secretaria Municipal de Feira de Santana, oficinas e cursos de capacitação quanto à atuação dos profissionais de saúde no enfrentamento da violência física e sexual contra crianças e adolescentes, o que será ministrado para todos os profissionais, independente de ter participado ou não da pesquisa. Além disso, os principais resultados serão publicados na web, através do site da UEFS e da UQÀM (Université du Québec à Montréal), local onde a pesquisadora fez estágio de pesquisa durante finalização do mestrado, bem como serão divulgados através de um Seminário Internacional no Brasil – Bahia.

## 5 RESULTADOS

A Atenção Básica de Saúde de Feira de Santana, onde foi desenvolvido este estudo, dispõe de 82 Unidades de Saúde da Família (PSF) e 13 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), totalizando o universo de 1.371 profissionais (FEIRA DE SANTANA, 2008).

A amostra da presente pesquisa foi composta por 582 profissionais, de ambos os sexos, distribuídos entre Médicos, Cirurgiões-Dentistas, Enfermeiros, Técnicos/Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes nos dois tipos de Unidades (PSF e UBS), representando uma amostra aleatória, estratificada por conglomerado em estágio único. Ressalta-se que foi respeitada a proporcionalidade dos profissionais por equipe de saúde.

Os questionários foram preenchidos por 506 profissionais, sendo 188 das UBS e 318 do PSF, com perda em torno de 13,0%, mais evidente entre médicos e ACS. Não foram incluídos no estudo profissionais que se recusaram a participar; que não foram encontrados nas Unidades, durante as três visitas, bem como aqueles que se encontravam em férias, licença médica ou de trabalho, durante a realização da coleta de dados.

Os resultados estão apresentados sob a forma de tabelas, organizadas de acordo com os objetivos da pesquisa e as sessões do instrumento de coleta. Inicialmente, são apresentados os resultados referentes à caracterização da amostra, segundo os aspectos sociodemográficos e da atividade profissional; conhecimento técnico sobre a temática da violência contra crianças e adolescentes; identificação e suspeita de casos; notificação dos mesmos e capacitação prévia recebida.

Em seguida, são apresentadas as tabelas referentes às Prevalências (P), Razões de Prevalência (RP), e respectivos intervalos de confiança (IC) e medidas de significância estatística (p), com objetivo de verificar associações entre variáveis dependentes (identificação e notificação de casos) e variáveis independentes do modelo (sociodemográficas e da atividade profissional).

De acordo com princípios éticos que regulam pesquisas com seres humanos, as informações obtidas são sigilosas, quanto aos sujeitos da informação. Neste estudo, não foi investigado sobre a identidade dos casos relatados e dos profissionais participantes. O objetivo da pesquisa está voltado ao conhecimento técnico e atuação

dos profissionais, diante da identificação e da notificação de casos (suspeitos ou confirmados) de crianças e adolescentes vitimizados pelas violências física e sexual.

### 5.1 Caracterização sociodemográfica e da atividade profissional

De acordo com o perfil sociodemográfico dos profissionais que participaram deste estudo, 320 (67,8%) encontravam-se na faixa etária de 30 a 49 anos; a maioria absoluta (88,9%) era do sexo feminino e mais de 60,0% (238) possuía um ou dois filhos (Tabela 1).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.

<b>Variáveis Sociodemográficas (N)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (472)<sup>1</sup></b>		
22 – 29 anos	89	18,9
30 – 39 anos	179	37,9
40 – 49 anos	141	29,9
50 ou mais	63	13,3
<b>Sexo (503)<sup>2</sup></b>		
Feminino	447	88,9
Masculino	56	11,1
<b>Estado civil (500)<sup>3</sup></b>		
Solteiro	180	36,0
Casado	271	54,2
Outros	49	9,8
<b>Presença de filhos (506)</b>		
Sim	345	68,2
Não	161	31,8
<b>Número de filhos (343)<sup>4</sup></b>		
1	112	32,7
2	126	36,7
3	74	21,6
4 ou mais	31	9,0

<sup>1, 2, 3, 4</sup> Foram perdidos, respectivamente, 34, 3, 6 e 2 dados.

No que diz respeito às características da atividade profissional, 318 (62,8%) eram do PSF e 127 (25,2%) atuavam também em outros serviços. Considerando a categoria profissional, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) totalizaram 57% (288) da amostra e os Técnicos/Auxiliares de Enfermagem e profissionais de 3º grau (médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros) corresponderam, respectivamente, 20,4% (103) e 22,6% (114), sendo que, 63,5% (66) destes possuíam algum tipo de especialização (Tabela 2). Em relação ao tempo de serviço, a maioria dos profissionais relataram entre 2 e 10 anos de experiência (70,5%).

**Tabela 2** – Características da atividade dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.

<b>Variáveis da Atividade Profissional (N)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de Unidade de Saúde de atuação (506)</b>		
PSF	318	62,8
UBS	188	37,2
<b>Atuação em outros serviços (504)<sup>1</sup></b>		
Sim	127	25,2
Não	377	74,8
<b>Categoria profissional (505)<sup>2</sup></b>		
Médico	46	9,1
Cirurgião-Dentista	23	4,6
Enfermeiro	45	8,9
Técnicos de Enfermagem	103	20,4
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	288	57,0
<b>Especialização* (104)<sup>3</sup></b>		
Sim	66	63,5
Não	38	36,5
<b>Tempo de Serviço (498)<sup>4</sup></b>		
≤ 1 ano	71	14,3
2 – 5 anos	192	38,6
6 – 10 anos	159	31,9
≥11 anos	76	15,2

<sup>1, 2, 3, 4</sup> Foram perdidos, respectivamente, 2, 1, 10 e 8 dados.

\* Esse dado só foi considerado para profissionais com pelo menos 3º Grau completo.

## 5.2 Conhecimento técnico na temática da violência contra crianças e adolescentes

Os resultados relacionados ao conhecimento sobre a temática (Tabela 3) revelaram que, para os profissionais, os sinais e sintomas mais evidentes entre as vítimas de violência são comportamentais, como agressividade, tristeza, isolamento, além de evidências físicas, como hematomas (acima de 50,0%). Acima de 30,0% deles, responderam ainda como evidências a gravidez precoce, dificuldade de aprendizado e escoriações. Segundo os profissionais, a região corporal mais atingida durante a violência sexual são os genitais (81,3%), entretanto, mais de 50,0% relataram que outras partes também podem ser atingidas, sendo os membros superiores e inferiores os mais citados, 30,4% (41) e 27,4% (37), respectivamente.

Quando questionados sobre a identidade do agressor, cerca de 80,0% dos profissionais relataram o padrasto e o pai, como os mais evidentes para as violências física e sexual. Na violência física, a madrasta e a mãe foram apontadas por mais de 60,0% dos participantes da pesquisa, bem como, o namorado e outros parentes, por

mais de 40,0%; enquanto que na violência sexual, os vizinhos foram citados por mais de 50,0%, desconhecidos por mais de 40,0% e o namorado e pessoas da internet, por mais de 30,0%.

No relato das conseqüências temporárias da violência, 71,2% (326) apontaram que estas abrangem os aspectos físicos e psicológicos, entretanto, quando se trata de um processo crônico, as conseqüências psicológicas, individualmente, foram as mais destacadas, 40% (174).

Ainda relacionado ao conhecimento dos profissionais, mais de 60,0% (304), relataram que notificariam às autoridades competentes, na presença de algum caso; entretanto, 55,0% (271) deles solicitariam parecer de outro profissional e 46,0% (227) conversariam com a família da vítima. Muito embora 60,1% (285) dos profissionais tenham mencionado que notificariam todos os casos, 30,0% (142) só notificariam aqueles em que a prática da violência ficasse confirmado, sendo o Conselho Tutelar o principal local apontado (57,6%). Por fim, a maioria absoluta dos profissionais (82,7%) reconhece que a violência é um problema a ser enfrentado pelo Setor Saúde.

**Tabela 3** – Conhecimento técnico<sup>1</sup> dos profissionais da Atenção Básica de Saúde sobre os aspectos relacionados à violência contra crianças e adolescentes, Feira de Santana-BA, 2008.

<b>Conhecimento Técnico<sup>2</sup> (N)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sinais e sintomas mais observados em vítimas de violência (479)<sup>3</sup></b>		
Agressividade	285	59,5
Tristeza e isolamento	277	57,8
Hematomas	254	53,0
Gravidez precoce	226	47,2
Dificuldade de aprendizado	222	46,3
Escoriações	151	31,5
Incompatibilidade entre lesão e história relatada	130	27,1
Aitude erotizada e interesse por brincadeira sexual	102	21,3
Outros	110	22,9
DST	96	20,0
Marcas de mordida	91	19,0
Sangramento	87	18,2
Não sei	22	4,6
<b>Região corporal atingida na violência sexual (476)<sup>4</sup></b>		
Genitais	387	81,3
Boca	124	26,1
Outras partes	241	50,6
Não deixa marcas	60	12,6
<b>Outras partes atingidas pela violência sexual (135)<sup>5</sup></b>		
Membros superiores	41	30,4
Membros inferiores	37	27,4
Região de cabeça e/ou pescoço	19	14,1

Ânus	11	8,1
Seios	9	6,7
Outras partes	9	6,7
Psicológico	6	4,4
Todo o corpo	3	2,2
<b>Identidade do agressor na violência física (498)<sup>6</sup></b>		
Padrasto	436	87,6
Pai	400	80,3
Madrasta	335	67,4
Mãe	300	60,2
Namorados	200	40,2
Outros parentes*	236	47,4
Vizinhos	179	35,9
Irmãos	176	35,3
Cafetões/prostitutas	152	30,5
Desconhecidos	152	30,5
Outras pessoas**	122	24,5
Amigos	102	20,5
Não sei	5	1,0
<b>Identidade do agressor na violência sexual (482)<sup>7</sup></b>		
Padrasto	420	87,3
Pai	333	69,1
Vizinhos	251	52,1
Desconhecidos	220	45,6
Tios	166	34,4
Amigos	165	34,2
Namorados	165	34,2
Pessoas na internet	156	32,4
Irmãos	125	25,9
Cafetões/prostitutas	148	30,7
Outro parente	85	17,6
Madrasta	80	16,6
Mãe	40	8,3
Outras pessoas	29	6,0
Não sei	8	1,7
<b>Conseqüências da violência para o crescimento e o desenvolvimento</b>		
<i>Temporárias (458)<sup>8</sup></i>		
Físicas	72	15,7
Psicológicas	60	13,1
Físicas e psicológicas	326	71,2
<i>Crônicas (435)<sup>9</sup></i>		
Físicas	10	2,3
Psicológicas	174	40,0
Físicas e psicológicas	251	57,7
<b>Possível conduta a ser assumida diante de um caso (493)<sup>10</sup></b>		
Notificaria às autoridades competentes	304	61,7
Solicitaria parecer de outro profissional	271	55,0
Conversaria com a família	227	46,0
Perguntaria à criança/adolescente	151	30,6
Não saberia o que fazer	23	4,7
Não poderia fazer nada	8	1,6
Não teria tempo de suspeitar/identificar	4	0,8
<b>Possível atitude profissional diante de um caso (474)<sup>11</sup></b>		
Notificar todos os casos	285	60,1
Notificar só os confirmados	142	30,0
Não cabe ao profissional fazer a notificação	29	6,1
Outra	18	
		3,8

<b>Local onde notificaria (328)<sup>12</sup></b>		
Conselho Tutelar	189	57,6
Juizado da Infância e Adolescência/Promotoria	35	10,7
Autoridades competentes	27	8,2
Delegacia	20	6,1
Enfermeira	19	5,8
Programa Sentinela	18	5,5
Disque denúncia	8	2,4
Assistência Social	8	2,4
Outros	8	2,4
Posto de saúde	7	2,1
Família da vítima	7	2,1
Secretaria Municipal de Saúde	6	1,8
Pais ou responsáveis	4	1,2
Não sei	4	1,2
Vítima	2	0,6
Médico	1	0,3
<b>Segundo a concepção profissional, a violência é um problema do Setor Saúde (473)<sup>13</sup></b>		
Sim	391	82,7
Não	82	17,3

<sup>1</sup> Respostas múltiplas

<sup>2</sup> Dados calculados em relação ao total de profissionais que responderam cada questão

<sup>3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13</sup> Foram perdidos, respectivamente, 27, 30, 180, 8, 24, 21, 25, 13, 32, 178 e 33 dados.

\*Outros parentes : tios (144); outro (92)

\*\*Outras pessoas : pessoa da internet (96); outros (26)

### **5.3 Aspectos relacionados ao relato de casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência**

Do total de 441 profissionais (Tabela 4), 175 (39,7%) afirmaram ter suspeitado ou identificado algum caso de violência durante o exercício profissional, sendo que a informação por outra pessoa foi a situação que mais favoreceu essa condição, 37,3% (74), assim como a visita domiciliar 28,4% (56) e outro tipo de atendimento, 16,2% (32).

Em relação ao local de ocorrência das violências, mais de 50,0% (116) referiram a residência, sendo que, entre os casos relatados, 53,5% (107) dos participantes da pesquisa, identificaram casos de violência sexual e 43,0% (86), de violência física. No que se refere à caracterização dessas violências, as agressões de pequeno porte (murros, tapas, mordidas, surras, etc.) foram os mais identificados, como violência física, 59,6% (34); bem como outras formas de abuso, 52,3% (34) e estupro, 44,6% (29) para os casos suspeitos ou identificados de violência sexual.

Considerando as respostas dos profissionais, foram relatadas 188 vítimas de violência, sendo 58,0% (109) crianças e 42,0% (79) adolescentes. A média da idade



das vítimas foi de 8,48 (DP± 3,97), sendo as faixas etárias mais atingidas de 6 a 9 anos para a infância (29,3%) e de 10 a 13 anos para a adolescência (30,3%). As vítimas identificadas ou suspeitas foram em sua maioria do sexo feminino (67,9%) e as partes do corpo mais atingidas foram "outras partes" diferente da região genital (31,4%). As lesões em genitais foram relatadas na mesma proporção (cerca de 18,0%) que a ausência de lesões ("não ficaram marcas").

A co-ocorrência entre as violências sexual e física foi identificada ou suspeitada por 51,4% (69) dos profissionais que conheciam algum caso de vitimização. Em relação à identidade do agressor, algum membro da família foi relatado por 63,2% (156) dos profissionais, sendo 49,0% (121) distribuídos entre padrasto (19,0%), pai (15,8%) e mãe (14,2%). Ressalta-se que, alguns profissionais relataram mais de uma vítima.

**Tabela 4 –** Relato de casos e atuação dos profissionais da Atenção Básica de Saúde<sup>1</sup> frente às crianças e adolescentes vítimas de violência física, sexual e outras, Feira de Santana-BA, 2008.

<b>Relato de Casos (N)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Identificação ou suspeita de casos (441)<sup>2</sup></b>		
Sim	175	39,7
Não	266	60,3
<b>Situação em que tomou conhecimento do caso (197)<sup>3</sup></b>		
Visita domiciliar	56	28,4
Consulta	31	15,7
Outro tipo de atendimento	32	16,2
Reunião com grupo de adolescentes	4	2,1
Outra pessoa informou	74	37,6
<b>Local de ocorrência das violências (222)<sup>4,29</sup></b>		
Residência	116	52,3
Outros	47	21,2
Casa de parentes	21	9,5
Casa do vizinho	14	6,3
Escola	9	4,1
Não sei	15	6,6
<b>Tipo de violência identificada (200)<sup>5</sup></b>		
Sexual	107	53,5
Física	86	43,0
Outra	7	3,5
<b>Tipo de violência física identificada (57)<sup>6</sup></b>		
Agressões de pequeno e médio porte	34	59,6
Espancamento	16	28,1
Queimaduras	7	12,3
<b>Tipos de violência sexual identificada (65)<sup>7</sup></b>		
Estupro	29	44,6
Outras formas de abuso sexual	34	52,3
Exploração sexual	2	3,1

<b>Faixa etária da vítima (188)<sup>8</sup></b>		
≤1ano	6	3,2
2 – 5 anos	48	25,5
6 – 9 anos	55	29,3
10 – 13 anos	57	30,3
14 – 17 anos	22	11,7
<b>Sexo da vítima (190)<sup>9</sup></b>		
Feminino	129	67,9
Masculino	61	32,1
<b>Sinal físico encontrado (223)<sup>10</sup></b>		
Lesões em outras partes	70	31,4
Lesões nos genitais	41	18,4
Lesões no ânus	26	11,7
Lesões na boca	17	7,6
Não ficaram marcas	42	18,8
Não sei informar	27	12,1
<b>Co-ocorrência das violências física e sexual (134)<sup>11</sup></b>		
Não ocorreu violência física	45	33,7
Agressões leves e moderadas	32	23,8
Queimaduras	8	5,9
Não sei	20	14,9
Outras formas de violência física	29	21,7
<b>Identidade do agressor nas violências (247)<sup>12</sup></b>		
Padrasto	47	19,0
Pai	39	15,8
Mãe	35	14,2
Outro parente*	35	14,2
Vizinhos	27	10,9
Outras pessoas**	21	8,5
Desconhecidos	18	7,3
Amigo	14	5,7
Não sei	11	4,4

<sup>1</sup> Respostas múltiplas

2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 Foram perdidos, respectivamente, 65, 70, 66, 70, 99, 112, 92, 70, 70, 80 e 73 dados.

\*Outros parentes : irmãos (9); tios (9); outro (17)

\*\*Outras pessoas : namorados (6); madrasta (3); outros (12)

#### 5.4 Aspectos relacionados ao relato de notificação das vítimas de violência

Entre os profissionais que suspeitaram ou identificaram algum caso, 82 (56,9%) relataram a notificação de pelo menos um dos casos, sendo que os notificantes mais citados foram os profissionais de saúde (31,3%), a mãe (25,0%) e outras pessoas (17,9%); as principais Instâncias de denúncia foram por sua vez, o Conselho Tutelar (45,2%) e a Delegacia (33,6%) (Tabela 5).

**Tabela 5** – Relato de notificação de casos pelos profissionais da Atenção Básica de Saúde<sup>1</sup> frente às crianças e adolescentes vítimas de violência física, sexual e outras, Feira de Santana-BA, 2008.

<b>Atuação Profissional (N)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Notificação de pelo menos um dos casos relatados (144)<sup>1</sup></b>		
Sim	82	56,9
Não	62	43,1
<b>Identidade do notificante (112)<sup>3</sup></b>		
Mãe	28	25,0
Profissional de saúde*	35	31,3
Outras pessoas	20	17,9
Outros parentes	16	14,3
Vítima	5	4,5
Escola	2	1,7
Não sei	6	5,3
<b>Local de Notificação (104)<sup>4</sup></b>		
Conselho Tutelar	47	45,2
Delegacia	35	33,6
Outro local	9	8,7
Ministério Público/Juizado da Infância e Juventude	7	6,7
Não sei	6	5,8

<sup>1</sup> Respostas múltiplas

<sup>2,3,4</sup> Foram perdidos, respectivamente, 96, 97 e 100 dados.

\* Próprio profissional de saúde (20 – 17,8%)

### 5.5 Aspectos relacionados à capacitação prévia na temática

Entre todos os profissionais que participaram da pesquisa, apenas 135 (27,9%) relataram ter recebido capacitação prévia, sendo que a principal fonte de informação foi o local de trabalho (36,6%). Ressalta-se que a maioria absoluta (91,4%) da capacitação mencionada possuía uma carga horária insuficiente, não correspondendo ao mínimo exigido para cursos de capacitação (40 horas); e 96,4% (460) desses profissionais demonstraram interesse em ser capacitado sobre o tema (Tabela 6).

**Tabela 6 – Aspectos da capacitação profissional prévia na temática da violência contra crianças e adolescentes, Feira de Santana-BA, 2008.**

<b>Capacitação na Temática (N)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Capacitação prévia (484)<sup>1</sup></b>		
Sim	135	27,9
Não	349	72,1
<b>Fonte de Informação* (161)<sup>2</sup></b>		
Local de trabalho	59	36,6
Curso técnico	29	18,0
Outros locais	38	23,6
Associações de classe	19	11,8
Graduação	12	7,5
Não lembro	4	2,5
<b>Carga horária (92)<sup>3</sup></b>		
≤ 19h	84	91,4
≥ 20h	8	8,6
<b>Interesse em ser capacitado (477)<sup>4</sup></b>		
Sim	460	96,4
Não	17	3,6

\*Respostas múltiplas

<sup>1,2,3,4</sup> Foram perdidos, respectivamente, 22, 28, 65 e 29 dados.

### **5.6 Relato e notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes, suspeitos ou confirmados, segundo o sexo dos profissionais de saúde**

Quando considerado os profissionais de saúde de acordo com o sexo, os resultados apontaram algumas diferenças para a identificação e notificação de casos (Tabelas 6 e 7). Os profissionais do sexo feminino apontaram que informações de outra pessoa (38,0%) e a visita domiciliar (30,0%) foram as situações em que mais identificaram casos foram através da; o tipo de violência mais conhecida foi a sexual (54,4%); a faixa etária mais atingida das vítimas foi de 10 a 13 anos (31,8%); os principais agressores foram o padrasto (19,2%), e outro parente (15,2%); as principais notificantes foram os profissionais de saúde (30,1%) e a mãe da vítima (26,2%). Por sua vez, os profissionais do sexo masculino apontaram a consulta (50,0%), como principal momento de identificação; a violência física, como a mais prevalente (56,3%) dentre os casos que conheciam; a faixa etária de 2 a 5 anos, como a mais acometida (40,0%); o pai como principal agressor (35,3%) e os profissionais de saúde (44,5%) e outras pessoas (33,3%), como os mais freqüentes notificantes os casos.

**Tabela 7** – Relato de casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo o sexo dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.

Relato de Casos	Sexo dos Profissionais			
	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
<b>Identificação ou suspeita de casos</b>				
Sim	162	42,0	13	25,0
Não	206	58,0	39	75,0
<b>Total</b>	<b>386</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
<b>Situação em que tomou conhecimento do caso</b>				
Visita domiciliar	55	30,0	1	7,1
Consulta	24	13,2	7	50,0
Outro tipo de atendimento	30	16,4	2	14,3
Reunião com grupo de adolescentes	4	2,2	-	-
Outra pessoa informou	70	38,2	4	28,6
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
<b>Local de ocorrência das violências</b>				
Residência	106	52,3	10	52,7
Outros locais	45	22,2	2	10,5
Casa de parentes	19	9,3	2	10,5
Casa do vizinho	12	5,9	2	10,5
Escola	8	3,9	1	5,3
Não sei	13	6,4	2	10,5
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de violência identificada</b>				
Sexual	100	54,4	7	43,7
Física	77	41,8	9	56,3
Outra	7	3,8	-	-
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de violência física identificada</b>				
Agressões de pequeno e médio porte	29	58,0	5	71,4
Espancamento	15	30,0	1	14,3
Queimaduras	6	12,0	1	14,3
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipos de violência sexual identificada</b>				
Estupro	26	44,1	3	50,0
Outras formas de abuso sexual	32	54,2	2	52,3
Exploração sexual	1	1,7	1	16,7
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
<b>Faixa etária da vítima (anos)</b>				
≤1	5	2,9	1	6,7
2 – 5	42	24,3	6	40,0
6 – 9	50	28,9	5	33,3
10 – 13	55	31,8	2	13,3
14 – 17	21	12,1	1	6,7
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo da vítima</b>				
Feminino	54	30,9	7	46,7
Masculino	121	69,1	8	53,3
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>
<b>Co-ocorrência das violências física e sexual</b>				
Não ocorreu violência física	43	33,6	2	33,3
Outras formas de violência física	29	22,7	-	-
Agressões de pequeno ou médio porte	31	24,1	1	16,7
Queimaduras	7	5,5	1	16,7
Não sei	18	14,1	2	33,3
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
<b>Identidade do agressor nas violências</b>				
Padrasto	44	19,2	3	17,6
Pai	33	14,3	6	35,3
Mãe	33	14,3	2	11,8
Outro parente	35	15,2	-	-
Vizinhos	25	10,9	2	11,8

Outros	21	9,1	-	-
Desconhecidos	18	7,8	-	-
Amigo	13	5,7	1	5,9
Não sei	8	3,5	3	17,6
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 8 – Atuação profissional diante de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo o sexo dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.**

Notificação de Casos	Sexo dos Profissionais			
	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
<b>Notificação de pelo menos um dos casos</b>				
Sim	75	56,4	7	63,6
Não	58	43,6	4	36,4
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>
<b>Identidade do notificante</b>				
Mãe	27	26,2	1	11,1
Profissional de saúde	31	30,1	4	44,5
Outras pessoas	17	16,5	3	33,3
Outros parentes	5	4,9	-	-
Vítima	16	15,5	-	-
Escola	1	1,0	1	11,1
Não sei	6	5,8	-	-
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>
<b>Local de Notificação</b>				
Conselho Tutelar	41	42,2	6	85,7
Delegacia	34	35,1	1	14,3
Outro	9	9,3	-	-
Ministério Público/Juizado da Infância e Juventude	7	7,2	-	-
Não sei	6	6,2	-	-
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

### **5.7 Relato e notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes, suspeitos ou confirmados, segundo o tipo de Unidade de atuação (PSF/UBS)**

Em relação ao tipo de Unidade de atuação (Tabelas 9 e 10), os resultados demonstraram que, para os profissionais do PSF, as principais situações em que reconheceram casos foram através da informação por outras pessoas (42,0%) e a visita domiciliar (29,0%), enquanto que, para os profissionais da UBS, a identificação de casos foi mais freqüente através da visita domiciliar, da informação por outra pessoa (27,1%) e outro tipo de atendimento diferente da consulta (25,5%).

Considerando a faixa etária da vítima identificada ou suspeitada, os resultados foram semelhantes entre os profissionais dos dois tipos de Unidade. A faixa relata como a mais freqüente de vitimização foi entre 6 e 13 anos; entretanto, para o co-

ocorrência das violências físicas e sexual, houve diferenças entre as Unidades, chamando atenção a grande proporção de profissionais do PSF(40,8%) que relataram não ter observado sinais físicos entre as vítimas suspeitas ou identificadas de violência sexual.

No que se refere à identidade do agressor, os profissionais do PSF mencionaram uma distribuição mais homogênea entre as diversas categorias de familiares, ao passo que, os profissionais da UBS, apontaram o padrasto como o principal responsável (23,4%).

Por fim, considerando a identidade do notificante (Tabela 10), para os profissionais do PSF, a mãe e os profissionais de saúde foram os mais relatados (28,0% e 25,3%, respectivamente); e entre aqueles da UBS, os profissionais de saúde (43,3%) e outras pessoas (21,6%), foram os principais notificantes.

**Tabela 9 –** Relato de casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo o tipo de unidade de atuação dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.

Relato de Casos	Tipo de Unidade de Atuação			
	UBS		PSF	
	n	%	n	%
<b>Identificação ou suspeita de casos</b>				
Sim	54	34,8	121	42,3
Não	57	65,2	44	57,7
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>	<b>165</b>	<b>100,0</b>
<b>Situação em que tomou conhecimento do caso</b>				
Visita domiciliar	16	27,1	40	29,0
Consulta	11	18,6	20	14,5
Outro tipo de atendimento	15	25,5	17	12,3
Reunião com grupo de adolescentes	1	1,7	3	2,2
Outra pessoa informou	16	27,1	58	42,0
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>
<b>Local de ocorrência das violências</b>				
Residência	35	50,0	81	53,3
Outros locais	14	20,0	33	21,7
Casa de parentes	9	12,9	12	7,9
Casa do vizinho	5	7,1	9	5,9
Escola	4	5,7	5	3,3
Não sei	3	4,3	12	7,9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>152</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de violência identificada</b>				
Sexual	31	51,7	76	54,3
Física	27	45,0	59	42,1
Outra	2	3,3	5	3,6
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de violência física identificada</b>				
Agressões de pequeno e médio porte	12	63,2	22	57,9
Espancamento	6	31,6	10	26,3
Queimaduras	1	5,2	6	15,8
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipos de violência sexual identificada</b>				
Estupro	11	50,0	18	41,8
Outras formas de abuso sexual	11	50,0	23	53,5

Exploração sexual	-	-	2	4,7
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>
<b>Faixa etária da vítima (anos)</b>				
≤1	4	6,5	2	1,6
2 – 5	19	31,2	29	22,8
6 – 9	15	24,6	40	31,5
10 – 13	20	32,8	37	29,1
14 – 17	3	4,9	19	15,0
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo da vítima</b>				
Feminino	37	62,7	92	70,2
Masculino	22	37,3	39	29,8
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>
<b>Co-ocorrência das violências física e sexual</b>				
Não ocorreu violência física	7	17,1	38	40,8
Outras formas de violência física	9	21,9	20	21,5
Agressões de pequeno e médio porte	14	34,2	18	19,4
Queimaduras	3	7,3	5	5,4
Não sei	8	19,5	12	12,9
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>
<b>Identidade do agressor nas violências</b>				
Padrasto	18	23,4	29	17,1
Pai	12	15,6	27	15,9
Mãe	13	16,9	22	12,9
Outro parente	8	10,4	27	15,9
Vizinhos	6	7,8	21	12,3
Outros	4	5,2	17	10,0
Desconhecidos	7	9,1	11	6,5
Amigo	4	5,2	10	5,9
Não sei	5	6,4	6	3,5
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>	<b>170</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 10** – Atuação profissional diante de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo o tipo de unidade de atuação dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.

Notificação de Casos	Tipo de Unidade de Atuação			
	UBS		PSF	
	n	%	n	%
<b>Notificação de pelo menos um dos casos</b>				
Sim	25	59,5	57	55,9
Não	17	40,5	45	44,1
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>
<b>Identidade do notificante</b>				
Mãe	7	18,9	21	28,0
Profissional de saúde	16	43,3	19	25,3
Outras pessoas	8	21,6	12	16,0
Outros parentes	2	5,4	3	4,0
Vítima	4	10,8	12	16,0
Escola	-	-	2	2,7
Não sei	-	-	6	8,0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>
<b>Local de Notificação</b>				
Conselho Tutelar	15	44,1	32	45,8
Delegacia	10	29,4	25	35,7
Outro	4	11,8	5	7,1
Ministério Público/Juizado da Infância e Juventude	4	11,8	3	4,3
Não sei	1	2,9	5	7,1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>



### **5.8 Relato e notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes, suspeitos ou confirmados, segundo a categoria profissional**

Em relação à categoria profissional, os resultados apontaram que o médico (48,9%), o enfermeiro (48,8%) e o ACS (41,6%) foram os que mais relataram a identificação ou suspeita de casos de violência contra crianças e adolescentes. Diferenças foram encontradas no que se refere à situação de identificação e tipo de violência mais praticada. Segundo relato dos médicos foi a consulta (61,6%) o principal momento para a identificação de vítimas (confirmadas ou não) de violência, sendo que a forma de violência física mais apontada foi o espancamento (50,0%). Para os enfermeiros, ACS e técnicos de enfermagem, a principal fonte para o reconhecimento dos casos foi através da informação por outra pessoa, sendo que, entre as duas primeiras categorias profissionais, as agressões de pequeno e médio porte, foram as formas de violência física mais verificadas. Para a violência sexual, a maioria dos profissionais de todas as categorias, exceto os técnicos de enfermagem (Tabela 11), apontaram as outras formas de abuso sexual como as mais freqüentes.

No que diz respeito à faixa etária das vítimas, a categoria enfermeiro, mostrou proporções semelhantes para a vitimização entre as faixas dos 2 aos 17 anos. Os técnicos de enfermagem e os ACS apontaram distribuição da violência atingindo essas mesmas faixas, embora com distribuição não homogênea. Cabe ressaltar que a categoria médico apontou maior concentração de vítimas nas faixas de 2 a 9 anos.

Em relação à notificação (Tabela 12), mais de 50,0% dos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS relataram este procedimento diante dos casos identificados, sendo que para os médicos e técnicos, as proporções foram acima de 70,0%, e na maioria absoluta dos casos, o próprio profissional não foi o notificante (dado não apresentado em tabela).

Vale ressaltar que, de modo geral, em relação às demais categorias profissionais estudadas, o cirurgião-dentista foi aquela que menos identificou casos e informações a respeito, o que impossibilitou as análises desse grupo para efeito de comparação.

**Tabela 11** – Relato de casos crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo a categoria profissional da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.

Relato de Casos	Categoria Profissional									
	Médico		Cirurgião-Dentista		Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		ACS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Identificação ou suspeita de casos</b>										
Sim	22	48,9	5	21,7	20	48,8	24	29,6	104	41,6
Não	23	51,1	18	78,3	21	51,2	57	70,4	146	58,4
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>250</b>	<b>100,0</b>
<b>Situação em que tomou conhecimento do caso</b>										
Visita domiciliar	-	-	1	20,0	1	4,8	6	25,0	48	39,7
Consulta	16	61,6	2	40,0	7	33,3	3	12,5	3	2,5
Outro tipo de atendimento	7	26,9	1	20,0	2	9,5	7	29,2	15	12,4
Reunião com grupo de adolescentes	-	-	-	-	1	4,8	-	-	3	2,5
Outra pessoa informou	3	11,5	1	20,0	10	47,6	8	33,3	52	42,9
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>
<b>Local de ocorrência das violências</b>										
Residência	17	47,2	2	40,0	12	50,0	15	45,5	70	56,5
Outros locais	7	19,4	1	20,0	4	16,6	6	18,1	29	23,4
Casa de parentes	4	11,1	-	-	3	12,5	3	9,1	11	8,9
Casa do vizinho	3	8,3	-	-	3	12,5	3	9,1	5	4
Escola	2	5,5	-	-	1	4,2	2	6,1	4	3,2
Não sei	3	8,3	2	40,0	1	4,2	4	12,1	5	4,0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de violência identificada</b>										
Sexual	20	64,5	-	-	14	56,0	15	55,6	58	51,8
Física	10	32,2	5	100,0	9	36,0	11	40,7	51	45,5
Outra	1	3,2	-	-	2	8,0	1	3,7	3	2,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de violência física identificada</b>										
Agressões de pequeno e médio porte	1	25,0	3	100,0	2	50,0	4	44,4	24	64,9
Espancamento	2	50,0	-	-	1	25,0	4	44,4	9	24,3
Queimaduras	1	25,0	-	-	1	25,0	1	11,2	4	10,8
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipos de violência sexual identificada</b>										
Estupro	6	42,9	-	-	1	12,5	7	77,8	15	44,2
Outras formas de abuso sexual	8	57,1	-	-	6	75,0	2	22,2	18	52,9
Exploração sexual	-	-	-	-	1	12,5	-	-	1	2,9
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>Faixa etária da vítima</b>										
≤1ano	2	6,9	-	-	3	15,0	-	-	1	0,9
2 – 5 anos	11	37,9	2	66,7	4	20,0	7	25,0	24	22,2
6 – 9 anos	10	34,5	-	-	5	25,0	10	35,7	30	27,8
10 – 13 anos	4	13,8	1	33,3	4	20,0	6	21,4	42	38,9
14 – 17 anos	2	6,9	-	-	4	20,0	5	17,9	11	10,2
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo da vítima</b>										
Feminino	20	68,9	2	40,0	14	36,7	17	60,7	76	71,0
Masculino	9	31,1	3	60,0	7	33	11	39,3	31	29,0
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>
<b>Co-ocorrência das violências física e sexual</b>										
Não ocorreu violência física	3	10,7	1	100,0	10	52,6	3	17,6	28	40,7
Outras formas de violência física	7	25,0	-	-	3	15,8	6	35,3	13	18,8
Agressões de pequeno e médio	11	39,3	-	-	2	10,5	6	35,3	13	18,8

porte										
Queimaduras	4	14,3	-	-	1	5,3	-	-	3	4,3
Não sei	3	10,7	-	-	3	15,8	2	11,8	12	17,4
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>
<b>Identidade do agressor nas violências</b>										
Padrasto	10	24,4	-	-	7	27,0	7	17,2	20	15,4
Pai	7	17,1	1	20,0	5	19,2	8	19,5	18	13,7
Mãe	4	9,7	2	40,0	2	7,7	4	9,7	23	17,6
Outro parente	6	14,6	-	-	6	23,1	6	14,7	17	12,9
Vizinhos	6	14,6	-	-	2	7,7	3	7,3	16	12,2
Outras pessoas	2	4,9	-	-	2	7,7	4	9,7	13	9,9
Desconhecidos	2	4,9	-	-	1	3,8	5	12,2	10	7,6
Amigo	2	4,9	-	-	-	-	3	7,3	9	6,9
Não sei	2	4,9	2	40,0	1	3,8	1	2,4	5	3,8
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 12 – Atuação profissional diante de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo a categoria profissional da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.**

Atuação Profissional	Categoria Profissional									
	Médico		Cirurgião-Dentista		Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		ACS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Notificação de pelo menos um dos casos</b>										
Sim	14	70,0	1	33,3	10	52,6	15	75,0	42	51,2
Não	6	30,0	2	66,7	9	47,4	5	25,0	40	48,8
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>
<b>Identidade do notificante</b>										
Mãe	3	14,3	-	-	3	27,3	6	24,0	16	29,7
Profissional de saúde	12	57,1	-	-	2	18,2	9	36,0	12	22,2
Outras pessoas	3	14,3	-	-	2	18,2	5	20,0	10	18,5
Outros parentes	1	4,8	-	-	-	-	1	4,0	3	5,5
Vítima	2	9,5	-	-	3	27,3	2	8,0	9	16,7
Escola	-	-	1	100,0	-	-	1	4,0	-	-
Não sei	-	-	-	-	1	9,0	1	4,0	4	7,4
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>
<b>Local de Notificação</b>										
Conselho Tutelar	11	55,0	1	100,0	6	50,0	8	36,4	21	42,8
Delegacia	5	25,0	-	-	4	33,3	7	31,8	19	38,8
Outros locais	2	10,0	-	-	2	16,7	2	9,1	3	6,1
Ministério Público/Juizado da Infância e Juventude	2	10,0	-	-	-	-	3	13,6	2	4,1
Não sei	-	-	-	-	-	-	2	9,1	4	8,2
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	

### 5.9 Relato e notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes, suspeitos ou confirmados, segundo o tempo de serviço dos profissionais

Os resultados apresentados na Tabela 13 apontaram aumento na identificação de casos com o tempo de serviço, sendo maiores as proporções entre os profissionais com 6 a 10 anos de experiência (46,8%). Em relação à situação de

reconhecimento de casos, observou-se que, os profissionais com menor tempo de serviço ( $\leq 1$  ano) relataram atividades ligadas à prática clínica, ou seja, a consulta (31,8%) e outro tipo de atendimento (31,8%), enquanto que para os demais profissionais, a visita domiciliar e a informação por outra pessoa se destacaram para a identificação.

No que se refere ao tipo de violência física, verificou-se que, com o decorrer da experiência profissional, foi possível identificar com mais frequência as formas leves e moderadas dessa violência. Para a violência sexual, o perfil de reconhecimento foi diverso: enquanto os profissionais com até cinco anos de serviço relataram com maior frequência as outras formas de abuso sexual, aqueles com maior tempo de serviço apontaram o estupro como a forma mais praticada (50,0% entre profissionais com 6 a 10 anos de experiência e 66,7% para aqueles com 11 anos ou mais de serviços prestados).

No geral, os profissionais indicaram o padrasto e o pai como principais agressores para as violências estudadas, muito embora seja importante destacar a presença da mãe, bem como pessoas ligadas ao convívio cotidiano das crianças, como parentes, vizinhos, entre outros.

Considerando a notificação dos casos, os profissionais com 2 a 5 anos (59,2%) e 6 a 10 anos (62,7%) de experiência, foram os que mais relataram esse procedimento, muito embora, na maioria absoluta dos casos não tenha sido realizado pelo próprio profissional. Em relação ao local de notificação, em todas as análises, o Conselho Tutelar e a Delegacia, foram as Instâncias mais procuradas para realização deste procedimento (Tabela 14).

**Tabela 13 –** Relato de casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo o tempo de serviço dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.

Relato de Casos	Tempo de Serviço (anos)							
	≤ 1		2 – 5		6 – 10		≥ 11	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Identificação ou suspeita de casos</b>								
Sim	20	30,8	60	35,9	65	46,8	27	42,2
Não	45	69,2	107	64,1	74	53,2	37	57,8
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>
<b>Situação em que tomou conhecimento do caso</b>								
Visita domiciliar	2	9,1	16	24,6	24	31,6	13	43,4
Consulta	7	31,8	14	21,5	5	6,6	3	10,0
Outro tipo de atendimento	7	31,8	10	15,4	11	14,5	4	13,3
Reunião com grupo de adolescentes	-	-	-	-	3	3,9	1	3,3
Outra pessoa informou	6	27,3	25	38,5	33	43,4	9	30,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>Local de ocorrência das violências</b>								
Residência	12	41,5	39	54,2	44	55,0	19	56,0
Outros locais	6	20,7	12	16,7	18	22,6	9	26,5
Casa de parentes	5	17,2	8	11,1	4	5,0	3	8,8
Casa do vizinho	2	6,9	6	8,3	4	5,0	1	2,9
Escola	3	10,3	2	2,8	3	3,7	1	2,9
Não sei	1	3,4	5	6,9	7	8,7	1	2,9
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de violência identificada</b>								
Sexual	12	50,0	43	63,3	37	50,7	13	41,9
Física	12	50,0	22	32,3	34	46,6	16	51,6
Outra	-	-	3	4,4	2	2,7	2	6,5
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de violência física identificada</b>								
Agressões de pequeno e médio porte	3	50,0	6	46,2	15	60,0	10	76,9
Espancamento	2	33,3	5	38,5	7	28,0	2	15,4
Queimaduras	1	16,7	2	15,4	3	12,0	1	7,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipos de violência sexual identificada</b>								
Estupro	3	37,5	9	33,3	10	50,0	6	66,7
Outras formas de abuso sexual	5	62,5	17	63,0	9	45,0	3	33,3
Exploração sexual	-	-	1	3,7	1	5,0	-	-
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>
<b>Faixa etária da vítima (anos)</b>								
≤1	-	-	5	7,3	1	1,5	-	-
2 – 5	5	20,8	19	27,9	16	24,2	7	25,0
6 – 9	12	50,0	14	20,7	17	25,8	11	39,3
10 – 13	3	12,5	19	27,9	27	40,9	8	28,6
14 – 17	4	16,7	11	16,2	5	7,6	2	7,1
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo da vítima</b>								
Feminino	15	65,2	49	75,4	44	63,8	19	65,5
Masculino	8	34,8	16	24,6	25	36,2	10	34,5
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>
<b>Co-ocorrência das violências física e sexual</b>								
Não ocorreu violência física	4	21,0	21	42,0	15	34,9	4	23,6
Outras formas de violência física	3	15,8	14	28,0	8	18,7	3	17,6
Agressões de médio ou pequeno porte	8	42,1	7	14,0	10	23,2	5	29,4
Queimaduras	3	15,8	1	2,0	1	2,3	2	11,8
Não sei	1	5,3	7	14,0	9	20,9	3	17,6
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>
<b>Identidade do agressor nas violências</b>								
Padrasto	5	19,2	19	23,8	12	12,6	10	26,4
Pai	5	19,2	15	18,7	14	14,8	3	7,9
Mãe	4	15,4	10	12,5	17	17,9	4	10,5
Outro parente	4	15,4	13	16,2	11	11,6	6	15,8

Vizinhos	2	7,7	6	7,6	12	12,6	6	15,8
Outros	2	7,7	6	7,6	11	11,6	2	5,3
Desconhecidos	3	11,6	3	3,7	6	6,3	5	13,1
Amigo	-	-	3	3,7	9	9,5	1	2,6
Não sei	1	3,8	5	6,2	3	3,1	1	2,6
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 14** – Atuação profissional diante de crianças adolescentes vitimizados pela violência, segundo o tempo de serviço dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, Feira de Santana-BA, 2008.

Notificação de Casos	Tempo de Serviço (anos)							
	≤ 1		2 – 5		6 – 10		≥ 11	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Notificação de pelo menos um dos casos</b>								
Sim	10	52,6	29	59,2	32	62,7	10	43,5
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>
<b>Identidade do notificante</b>								
Mãe	5	31,3	10	27,8	8	19,0	4	26,7
Profissional de saúde	5	31,3	11	30,5	12	28,7	7	46,7
Outras pessoas	3	18,7	7	19,4	7	16,7	2	13,3
Outros parentes	-	-	1	2,8	3	7,1	-	-
Vítima	2	12,5	5	13,9	9	21,4	-	-
Escola	1	6,2	1	2,8	-	-	-	-
Não sei	-	-	1	2,8	3	7,1	2	13,3
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>
<b>Local de Notificação</b>								
Conselho Tutelar	8	66,7	17	45,9	16	41,	5	33,3
Delegacia	3	25,0	12	32,5	15	38,5	5	33,3
Outro	1	8,3	2	5,4	5	12,8	1	6,7
Ministério Público/Juizado da Infância e Juventude	-	-	3	8,1	1	2,6	3	20,0
Não sei	-	-	3	8,1	2	5,1	1	6,7
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

### 5.10 Associação entre o relato de identificação e notificação de casos (suspeitos ou confirmados) e as variáveis independentes

As análises de prevalência (P), razão de prevalência (RP) e significância estatística (p) (Tabela 15) apontaram que, para a identificação de casos, as variáveis que apresentaram associação positiva foram: sexo feminino (p = 0,019); presença de filhos (p = 0,022); profissionais médicos (p = 0,030) e enfermeiro (p = 0,033); tempo de serviço de 6 a 10 anos (p = 0,031) e ter alguma “capacitação” na temática (p = 0,000).

Ainda em relação às análises da Tabela 15, muito embora os resultados não tenham apresentado significância estatística, quando comparados em relação à categoria de cirurgião–dentista (referência para esta análise), os agentes comunitários de saúde (ACS) apresentaram probabilidade 1,91 vezes maior de

identificar casos, bem como os profissionais do PSF, 1,21 vezes maior, em relação aos profissionais da UBS. Os resultados mostraram ainda que a probabilidade de identificação de casos aumentou com a idade e o tempo de serviço dos profissionais.

Vale ressaltar que, em relação à notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes, essas mesmas análises não mostraram significância estatística (Apêndice H).

**Tabela 15** – Prevalência, Razão de Prevalência e respectivos Intervalos de Confiança, para o relato de identificação de casos suspeitos ou confirmados de vítimas de violência contra crianças e adolescentes, Feira de Santana-BA, 2008.

Variáveis	Relato de Identificação de Casos				
	N	n	P (%)	RP (IC95%)	p-valor
<b>Faixa etária (anos)</b>					
22 – 29 anos	82	31	37,8	1,00	-
30 – 39 anos	162	62	38,3	1,01 (0,72 – 1,42)	0,943
40 – 49 anos	112	48	42,9	1,13 (0,79 – 1,61)	0,479
50 ou mais	57	26	41,0	1,21 (0,81 – 1,79)	
<b>Sexo</b>					
Feminino	386	162	42,0	1,68 (1,03 – 2,72)*	0,019
Masculino	52	13	25,0	1,00	
<b>Presença de filhos</b>					
Sim	292	127	43,5	1,35 (1,03 – 1,76)*	0,022
Não	149	48	32,2	1,00	-
<b>Tipo de Unidade de Saúde de atuação</b>					
PSF	286	121	42,3	1,21 (0,94 – 1,57)	0,126
UBS	155	54	34,8	1,00	-
<b>Categoria profissional</b>					
Cirurgião-Dentista	23	5	21,7	1,00	-
Médico	45	22	48,9	2,25 (0,98 – 5,16)*	0,030
Enfermeiro	41	20	48,8	2,24 (0,97 – 5,18)*	0,033
Técnicos de Enfermagem	81	24	29,6	1,36 (0,59 – 3,17)	0,456
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	250	104	41,6	1,91 (0,87 – 4,21)	0,063
<b>Tempo de Serviço (anos)</b>					
≤ 1	65	20	30,8	1,00	-
2 – 5	167	60	35,9	1,17 (0,77 – 1,77)	0,458
6 – 10	139	65	46,8	1,52 (1,01 – 2,28)*	0,031
11 anos ou mais	64	27	42,2	1,37 (0,86 – 2,18)	0,178
<b>Capacitação prévia</b>					
Sim	116	63	54,3	1,58 (1,26 – 1,99)*	0,000
Não	309	106	34,3	1,00	-

P: Prevalência RP: Razão de Prevalência IC: Intervalo de Confiança

## 6 DISCUSSÃO

A literatura aponta que a violência contra crianças e adolescentes apresenta raízes histórico-sociais, cujas características (multifacetada, controversa e policausal) traduzem um fenômeno complexo, que demanda a mobilização dos diversos segmentos e setores da sociedade (HABIGZANG et al., 2006; MINAYO; SOUZA, 1999; NIJAINÉ et al., 2006; PFEIFER; SALVAGNI, 2005).

Os altos índices de morbi-mortalidade relacionados às causas externas, principalmente em algumas faixas etárias, colocam crianças e adolescentes como grupos de alta vulnerabilidade ao fenômeno da violência e suas repercussões, sugerindo a necessidade de políticas públicas eficazes direcionadas ao enfrentamento do problema (BRASIL, 2000; 2004b; GOMES et al., 2002; OMS, 2002).

O panorama atual decorrente da violência contra crianças e adolescentes e respectivas conseqüências aponta para a importância da atuação e articulação institucional, entre os diversos setores, na busca de melhorias voltadas à qualidade de vida dessa população. O conhecimento técnico e a sensibilização dos profissionais para a identificação precoce, notificação de casos, bem como o atendimento e acompanhamento das vítimas são requisitos primordiais que garantem o registro de casos, fundamental à elaboração dos indicadores, assim como a execução das ações de prevenção, intervenção e a aplicação da lei, pelos Sistemas de Atendimento e Garantias de Direitos. No caso do Setor de Saúde, muito embora essa atuação seja uma exigência legal, estudos mostram uma prática ainda insuficiente (BRASIL, 2006b; CUNHA; ASSIS; PACHECO, 2005).

Dando início à discussão dos resultados desse estudo, considera-se necessário apontar algumas limitações, como a impossibilidade de estabelecer nexo causal, uma vez que se trata de estudo transversal, apontando apenas o recorte do fenômeno em um momento específico, assim como a possibilidade do viés de memória dos profissionais, uma vez que os questionários demandavam o relato sobre algum caso de violência, suspeito ou confirmado, ocorrido ao longo da trajetória profissional. Ressalta-se ainda, que os casos relatados não representam o universo de casos registrados no município de Feira de Santana, nas Instâncias de Referência, como Conselhos Tutelares, mas, sobretudo, expressam a experiência, dos profissionais em suas práticas cotidianas, diante do fenômeno.



Segundo os dados sociodemográficos, a maioria dos participantes desta pesquisa era do sexo feminino e possuía no máximo dois filhos (69,4%). Vale ressaltar que foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a identificação ou suspeita de casos e as variáveis independentes sexo feminino e presença de filhos. Esses resultados apontam para a importância do envolvimento da mulher e sua atividade profissional, no processo de enfrentamento da violência, como agente de formação e sensibilização, seja a nível pessoal, familiar ou em serviço, bem como, sugerem que o contato com crianças e adolescentes, através da maternidade ou paternidade, vivenciando as diversas fases de crescimento e desenvolvimento, podem contribuir como um dos fatores de sensibilização, diante do problema.

No que se refere às características profissionais, mais da metade (62,8%) atuavam em unidades do Programa Saúde da Família (PSF); os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) totalizaram 57,0% (288) da amostra, assim como, os Técnicos/Auxiliares de Enfermagem e profissionais de 3º grau (Médicos, Cirurgiões-Dentistas e Enfermeiros) corresponderam, respectivamente, a 20,4% (103) e 22,6% (114), sendo que, 63,5% (66) destes possuíam algum tipo de especialização. Em relação ao tempo de serviço, a maioria dos profissionais relataram entre dois e 10 anos de experiência (70,5%). Esses resultados apontam para o crescimento da atuação profissional no PSF, principalmente, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais representam, efetivamente, um importante elo entre equipe e comunidade, o que contribui para a atuação na prevenção, detecção e intervenção aos agravos.

Vale ressaltar que foi encontrada significância estatística na associação entre a identificação ou suspeita de casos e as categorias Médico e Enfermeiro, assim como o tempo de serviço de 6 a 10 anos. Resultados esses que divergem do estudo de Pires et al. (2005), realizado em Porto Alegre com 92 pediatras em que o tempo de serviço não interferiu na possibilidade de identificar casos de violência.

Acredita-se que, uma das razões para que o tempo de serviço possa interferir na identificação de casos, seja a possibilidade de maior contato com a comunidade, vivenciando seus problemas e dificuldades, o que levaria à formação de vínculos, facilitando a comunicação e confiança, na busca de auxílio, em situações de violência.

Embora os resultados não tenham apresentado significância estatística, os ACS e a atuação dos profissionais no PSF apresentaram maior probabilidade de identificação de casos, quando comparados às suas respectivas categorias de referência (cirurgião-dentista e UBS, respectivamente). Tais resultados reforçam a importância do trabalho do ACS nas Unidades de Saúde como agente de atuação, no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, bem como, sugerem a efetividade das ações do PSF na identificação de agravos da população onde atuam.

Segundo Cavalcanti (1999) a abordagem da família, a proximidade e o estabelecimento de vínculos entre a comunidade e os profissionais do PSF, são estratégias que podem contribuir para a prevenção, identificação e atuação em situações de violência, viabilizando a orientação dos conflitos existentes para formas de enfrentamento menos destrutivas e mais saudáveis.

No que se refere ao conhecimento técnico da problemática, de modo geral, os profissionais identificaram vários aspectos da violência, demonstrando aproximação com o tema, aspectos que concordam com a literatura no assunto. Acredita-se que, em parte, isso seja decorrente da crescente divulgação da violência pela mídia, muito embora haja consenso quanto à insuficiência e inconsistência destes conhecimentos, frente à identificação e, sobretudo, notificação dos casos. Neste estudo, apenas 39,7% (175) dos profissionais relataram ter conhecimento de algum caso (suspeito ou confirmado), sendo que 56,9% (82) relataram ter havido notificação de pelo menos um dos casos mencionados.

Quanto ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre a violência, segundo Drezett et al. (2001), considerando-se os múltiplos aspectos envolvidos, ainda existem altos índices de desconhecimento entre os profissionais, principalmente, quanto às conseqüências, o que acaba por favorecer a perpetuação do problema.

Ainda em relação ao conhecimento técnico, segundo os resultados de Feira de Santana-BA, os sinais e sintomas mais evidentes entre as vítimas de violência são comportamentais (acima de 50,0%), entre os quais, tristeza, agressividade e isolamento. Estes resultados estão de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2001), quanto à valorização da anamnese, uma vez que nem sempre as violências deixam marcas físicas. A presente pesquisa também ratifica os achados de Salvagni e Wagner (2006), em um estudo realizado em Porto Alegre (2004), mudanças emocionais ou comportamentais em 80,4% das crianças

vítimas de violência sexual, atendidas em ambulatórios de pediatria e locais de referência para esta violência.

Quando questionados em relação à parte do corpo mais atingida, em situações de violência sexual, os profissionais apontaram os genitais (81,3%). Esses resultados se assemelham aos achados de Salvagni e Wagner (2006) em estudo realizado em Porto Alegre, bem como aos da pesquisa de Santana et al. (2008), realizada em escolas públicas de Feira de Santana-BA, com professores e alunos, os quais também destacaram lesões genitais como as mais freqüentes.

Em relação ao conhecimento sobre o agressor, cerca de 80,0% dos profissionais deste estudo apontaram o padrasto e o pai, para as violências física e sexual. A mãe e a madrasta também foram relatadas, por mais de 60,0% dos participantes, quando se referiram à violência física. Para a violência sexual, estes resultados corroboram o estudo de Santana (2008), onde o padrasto foi apontado pelos professores como o principal agressor (89,8%); assim como os achados de Deslandes (1994), desenvolvido a partir da experiência dos Centros Regionais de Maus-Tratos na Infância (CRAMIs). No que se refere à violência física, os resultados desta pesquisa ratificam os achados de Carvalho et al. (2001), onde o pai foi o que mais se destacou, entretanto, divergem dos achados de outros autores que apontaram a mãe como principal agressor (BRITO et al., 2005; CARIOLA et al., 1995; DESLANDES, 1994; VIEIRA; VIEIRA; ABREU; 2001), além dos outros agressores (COSTA et al, 2007).

As divergências verificadas entre resultados dos estudos podem estar associadas ao contexto de realização da pesquisa, metodologia utilizada, população estudada e fonte de registro de dados, entretanto, a maioria dessas pesquisas mostra que o agressor está integrado ao convívio com a criança ou adolescente, sendo um membro da família ou alguém da vizinhança, o que confirma o caráter domiciliar da vitimização.

Na presente pesquisa, o caráter domiciliar da violência contra crianças e adolescentes foi confirmado, através do relato dos casos identificados pelos profissionais, onde 52,3% apontaram ocorrência na residência (52,3%), causada por um membro da família (63,2%). Esses achados ratificam resultados de outros estudos que mostram o domicílio como um ambiente privilegiado e freqüente das ocorrências de vitimização (BRIERE; ELLIOT, 2003; COSTA et al, 2007; INQUE; RISTUM, 2008; SALVAGNI; WAGNER, 2006).

A violência tem um grande impacto na saúde física e mental de crianças e adolescentes, deixando seqüelas no desenvolvimento, com danos que podem persistir por toda a vida. (OMS, 2002). Considerando essas conseqüências, os resultados desta pesquisa apontaram, principalmente, as seqüelas psicológicas e de longa duração (caráter crônico). Estes resultados ratificam os achados de Brierre e Elliot (2003), os quais verificaram a presença de sintomas psicológicos em adultos que sofreram algum tipo de violência na infância, sobretudo a violência sexual. A experiência de abuso sexual pode afetar o desenvolvimento das vítimas de diferentes formas, uma vez que pode levar a efeitos emocionais, sociais e/ou psiquiátricos (HABIGZANG et al., 2006).

Estudo realizado por Bernard-Bonnin et al. (2008), em Montréal (Canadá), ao comparar um grupo de meninas em idade escolar (7 a 12 anos) vítimas de abuso sexual (n=67), com o grupo controle (n= 67), revelou alta prevalência da Síndrome do Stress Pós-traumático entre aquelas que relataram ter sofrido abuso sexual (46,3% *versus* 18,5%).

No que se refere ao conhecimento técnico relacionado à notificação de casos, os resultados de Feira de Santana demonstraram que, de modo geral, os profissionais de saúde sabem como proceder diante de casos de violência, uma vez que 61,7% notificariam às autoridades competentes, sendo o Conselho Tutelar o local de escolha para denúncia (57,6%). Outro ponto positivo foi a possibilidade de um acompanhamento multidisciplinar para as vítimas, revelado na busca pelo parecer de outro profissional, relatado por 55,0% dos profissionais, resultado esse que está em acordo com os princípios da Atenção Básica e do PSF (BRASIL, 2006c; 2008b; ALMEIDA; MISHIMA, 2000). Apesar disso, 30,0% dos participantes notificariam apenas os casos confirmados, o que demonstra que o conhecimento a cerca da notificação ainda não consegue ter impacto sobre a mudança de postura (atitude profissional) diante da vitimização.

A notificação de casos condicionada à confirmação foi analisada por Silveira; Mayrink; Néto (2005), os quais verificaram que 42,0% dos Cirurgiões-Dentistas do estudo citaram a incerteza da suspeita como principal motivo para não efetivação da notificação. Esta postura profissional contribui, efetivamente, para o aumento dos índices de subnotificação e evolução da violência para as formas graves, sugerindo a necessidade de investimento dos Sistemas de Atendimento e Garantias de Direitos, na formação de recursos humanos nesta área, capacitando e divulgando a

prática da notificação e acompanhamento para todos os casos suspeitos ou confirmados.

Considerando a busca pelo acompanhamento multidisciplinar, os resultados do presente estudo assemelham-se aos achados de Braz e Cardoso (2000) em Hospital de Ribeirão Preto, assim como aos de Silva (2006), em Hospital Público Infantil de São Paulo, nos quais os profissionais de diversas áreas do conhecimento apontaram a discussão na equipe de trabalho como um caminho para a investigação e verificação do caso. Segundo Silva (2006), essa atitude pode também estar associada à insegurança do profissional que realiza o atendimento inicial, bem como, ao impacto pessoal e profissional gerado pela complexidade do fenômeno e necessidade de atuação, diante da violência com a qual se confronta.

Embora alguns estudos considerem os profissionais de saúde em posição estratégica para identificar casos de violência, sendo para alguns autores, os primeiros a serem procurados (PFEIFER; SALVAGNI, 2005; SALIBA et al., 2007; SILVEIRA; MAYRINK; NÉTTO, 2005), o presente estudo revelou que menos da metade dos profissionais do PSF e das UBS, que participaram da presente pesquisa, identificaram ou suspeitaram de casos de violência contra crianças e adolescentes.

Estudos mostram que, entre as razões para a pouca suspeita e identificação de casos pelos profissionais de saúde, destacam-se o insuficiente conhecimento na temática da violência, bem como, a própria natureza da formação técnica de algumas categorias profissionais, que privilegia a evidência clínica como forma de diagnóstico do problema, situação essa que pode se constituir como um entrave à identificação. Grande parte dos estudos mostra que nem sempre a violência deixa marcas físicas, ou quando isto ocorre, as lesões correspondem às formas graves ou casos de revitimização (BRASIL 2002b; LEAL; LOPES, 2005; SALVAGNI; WAGNER, 2006). Segundo Braz e Cardoso (2000), estudo realizado em Hospital de Ribeirão Preto apontou que os profissionais mostraram tendência a negar os maus-tratos como a causa das afecções, mesmo quando as evidências eram fortes, demonstrando a negação da violência como causa da patologia.

Considerando a identificação de casos, segundo a categoria profissional, os resultados demonstraram que os médicos, enfermeiros e ACS foram os que mais relataram ter identificado casos (48,9%; 48,8%; 41,6%, respectivamente) (Tabela 11). Esses resultados confirmam os achados de Pfeifer e Salvagni (2005), os quais

consideram o médico como um dos profissionais mais procurados nos casos de violência contra crianças e adolescentes.

Em Porto Alegre, estudo realizado com 92 pediatras, selecionados a partir de amostragem aleatória, revelou que 80 (86,96%) relataram conhecer algum caso de violência contra crianças e adolescentes e, entre esses, 63 (78,75%) realizaram a notificação. Em relação ao tipo de violência, observou-se que 63 (78,75%) conheciam casos de violência física; 57 (71,25%) de violência sexual; 33 (41,25%) de psicológica e 58 (72,5%) de negligência (PIRES et al., 2005).

Em relação ao cirurgião-dentista, pesquisas destacam que esta categoria profissional tem grandes possibilidades de identificar casos de violência contra crianças e adolescentes, em função da própria natureza contínua do atendimento odontológico e dos achados na região da cabeça e pescoço (CARVALHO et al., 2001; CAVALCANTI; VALENÇA; DUARTE, 2003; SILVA, 2001; WITTTAKER, 1990). Entretanto, na presente pesquisa, essa categoria profissional foi a que menos relatou ter identificado casos (21,7%). A baixa proporção de identificação de casos por este profissional demonstrada nesta pesquisa corrobora com o estudo de Silveira; Mayrink; Néttó (2005), onde foi observado que entre 70 cirurgiões-dentistas, 65% negaram ter tido contato com casos de violência. Uma das possíveis hipóteses para estes achados é a atuação profissional voltada, principalmente, para os problemas específicos da cavidade oral, levando-os a acreditar que a atuação mais globalizada (como em caso de violência) não seria de responsabilidade desta área do conhecimento, exceto nos casos em que ocorram traumas orofaciais ou dentais.

Quanto à presença de lesões dentais associados à violência contra crianças e adolescentes, Silveira; Mayrink; Néttó (2005), verificaram a ocorrência em menos de 5% dos casos estudados, sugerindo a baixa prevalência deste acontecimento, o que reforça a relevância da avaliação sistêmica.

Para Santos e Assis (2006), muito embora a atuação do cirurgião-dentista em serviços de saúde tenha mostrado avanços, ainda encontra-se dependente das ferramentas clínicas específicas (cadeira, instrumentais clínicos, entre outros), necessárias ao desenvolvimento das atividades curativas, mas não suficientes para atender às diferentes demandas de saúde.

Considerando a situação na qual identificaram ou suspeitaram de casos, esta pesquisa demonstrou que a informação por outra pessoa (37,6%) e a visita domiciliar (28,4%) foram as mais citadas, sobretudo, pelos profissionais do PSF

(42,0% e 29,0%, respectivamente); aqueles com maior tempo de serviço; Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e ACS. Diferenças foram encontradas para os Médicos e Cirurgiões-Dentistas, para os quais a consulta foi a principal fonte de reconhecimento de casos (61,4% e 40,0%, respectivamente). Resultados diversos foram observados no estudo de Salvagni e Wagner (2006), realizado em Porto Alegre, em serviços ambulatoriais de pediatria e Instâncias de Referências para atendimento de vítimas de violência sexual, onde o reconhecimento da violência ocorreu através da revelação pela própria criança (83,0%).

No que diz respeito à situação em que os profissionais tiveram conhecimento sobre o caso, os resultados desta pesquisa apontaram para a importância da equipe do PSF, da visita domiciliar, bem como do papel dos ACS para o entrosamento da equipe com pessoas da comunidade, as quais podem fornecer informações sobre problemas contextuais, assim como contribuir para detecção e solução de problemas. A visita domiciliar e o contato direto com a comunidade facilitam a identificação dos agravos ao mesmo tempo em que possibilitam a articulação profissional-população, na prevenção, identificação e encaminhamento dos casos de violência (BRASIL, 2002a; CAVALCANTI, 1999; SOUZA 2006). De acordo com resultados do presente estudo, a maioria dos profissionais de saúde conseguiu cumprir os fundamentos da Atenção Básica em Saúde, com ênfase para as Unidades de PSF, pelo estabelecimento de vínculo e interação com a comunidade (BRASIL, 2006c; ROCHA et al., 2008; SOUZA et al., 2008).

Ainda sobre a identificação de casos, os resultados apontaram para a atuação do Médico e Cirurgião-Dentista pautada, sobretudo, na prática clínica e no modelo tradicional de atenção. Em relação à prática odontológica, Teixeira (2006), ressalta que, embora existam avanços na atuação profissional, o Cirurgião-Dentista raramente tem se inserido em práticas partilhadas com técnicos de outras áreas, revelando pouca familiaridade com o trabalho em equipe, com ações centradas no consultório odontológico e voltadas à especificidade da cavidade oral.

Segundo os achados do presente estudo, a violência sexual (53,5%) foi relatada pelos profissionais numa proporção superior à violência física (43,0%), sendo as vítimas, sobretudo, do sexo feminino (67,9%), compreendendo as faixas de 2 a 13 anos (85,1%). Vale ressaltar que a faixa etária de 6 a 9 anos foi a mais citada para a infância (29,3%); a de 10 a 13 anos (30,3%) para adolescência, sendo ainda relatadas vítimas menores de um ano de vida, o que revela o acometimento

de todas as faixas etárias da infância e adolescência. Esses resultados corroboram com os achados de estudos realizados em diferentes contextos (COSTA et al., 2007; ELLERY, 2004; MACHADO et al., 2005).

Em Feira de Santana, estudo realizado por Costa et al (2007), a partir de registros dos Conselhos Tutelares I e II, no período entre 2003 e 2004, mostrou que as faixas mais atingidas foram as que compreendiam dos 2 aos 13 anos, com maior proporção entre 2 e 9 anos; crianças com 1 ano ou menos também sofreram algum tipo de violência.

Em 22 municípios do Ceará, pesquisa realizada por Ellery (2004) constatou que as situações de abuso foram expressivas na faixa etária de 10 a 14 anos, com destaque para menores de 8 anos, sendo a residência da vítima o local de maior ocorrência.

Em Itajaí (Santa Catarina), de acordo com pesquisa de Machado et al. (2005), a partir de casos notificados pelo Conselho Tutelar e Programa Sentinela, no período de 1999 a 2003, foram registrados 340 casos e mais de 39,0% dos casos de abuso sexual ocorreram no domicílio, principalmente com crianças na faixa etária de 6 a 9 anos (35,0%).

Em Salvador, pesquisa realizada por Inque e Ristrum (2008) mostra resultados semelhantes, no que se refere ao sexo e faixa etária. Após analisar 2.522 registros de um serviço de atendimento a vítimas de violência sexual da Secretaria de Segurança Pública (Projeto Viver), foi verificado que a maioria absoluta das vítimas era do sexo feminino (92,1%) e as idades mais atingidas 5 e 9 anos.

No Rio de Janeiro, estudo de 1.169 casos atendidos no SOS Criança, realizado pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção a Crianças e Adolescentes, apontou que as faixas etárias mais atingidas foram de 4 a 7 anos (29,0%) e 8 a 11 anos (24,0%); em 93,5% dos casos o agressor tinha algum vínculo familiar com a vítima, sendo que a mãe foi a mais citada (52,0%). A violência física foi a que mais se destacou, correspondendo a 65% dos casos (ABRAPIA, 2008).

Em relação ao sexo das vítimas, os diversos estudos apontam variação entre os índices, de acordo com o tipo de violência, a metodologia utilizada, a faixa etária da vítima e o contexto da pesquisa. Nos Estados Unidos, estudo de prevalência sobre seqüelas psicológicas em adultos com alguma experiência de violência na infância, observou que, no que se refere à violência sexual, as prevalências foram



de 14,2% para o sexo masculino e 32,3% para o sexo feminino (BRIERRE; ELLIOT, 2003).

Pesquisa desenvolvida por Dossi et al. (2008) em Araçatuba, no período de 2001 a 2005, pela Delegacia de Defesa da Mulher, mostrou que, quando as agressões foram cometidas por pais/responsáveis, as crianças (10 -11 anos) e adolescentes (12-19 anos) representaram grande parte das vítimas, (respectivamente, 34,3% e 33,8%), sendo a porcentagem de meninos (57,5%) um pouco superior a de meninas, porém as vítimas adolescentes eram, na grande maioria, as meninas.

Segundo registros da Delegacia Especializada de Repressão aos Crimes contra Crianças e Adolescentes (DERCA-BA), das 2.073 ocorrências entre 1997 e 1999, 64,7% corresponderam à violência física e 16,5% à violência sexual. As lesões corporais estiveram presentes em 461 casos (22,2%), sendo a região de cabeça e pescoço a mais atingida, com prevalência de 65,3% (301). Os subgrupos mais atingidos foram as faixas de 11 a 15 anos (45,1%) e 16 a 18 anos (29,3%). Em relação ao sexo, a violência física esteve mais presente entre os meninos e violência sexual entre as meninas (CARVALHO et al, 2008).

Embora seja uma prática antiga, na sociedade contemporânea, o uso da punição física ainda é um instrumento utilizado na educação de filhos, de modo que, muitos pais ainda defendem essa prática, como forma de disciplina. Esta atitude pode contribuir para a banalização e perpetuação da violência doméstica física contra crianças e adolescentes (SALIBA et al., 2007; WEBER; VIEZZER; BRANDENBURG, 2004).

Estudo realizado no Canadá (1998), a nível nacional, sobre a incidência de maus-tratos, a partir de dados de 51 serviços de proteção, apontou uma amostra de 7.672 crianças maltratadas (abaixo de 16 anos), sendo que a incidência de casos confirmados foi de 9,71 para cada grupo de 1.000 crianças. Destes, 46,0% eram de negligência, 37,0% de violência psicológica, 25,0% de violência física e 10,0% de violência sexual. Vale ressaltar que, 48,0% dos casos de negligência referiam-se á dificuldade dos familiares em supervisionar a criança, o que concorria para a ocorrência de danos físicos ou riscos reais de desses mesmos danos (TROCMÉ et al., 2003).

Em relação ao tipo de violência, os resultados de Feira de Santana neste estudo mostraram que as agressões de pequeno e médio porte (murros, tapas,

ferimentos com armas brancas, etc.) foram as mais citadas pelos profissionais (59,8%), principalmente entre aqueles com maior tempo de serviço, portanto, maior experiência. Do ponto de vista da identificação e diagnóstico do problema, esse dado representa um ponto positivo, uma vez que sugere que os profissionais estão realizando o diagnóstico da violência física, desde as formas leves, o que pode contribuir para diminuir o agravamento da violência. Vale ressaltar ainda que apesar de ter sido a segunda categoria mais citada, o espancamento se destacou, sendo relatado numa proporção de 28,1%.

Dados dos Conselhos Tutelares I e II de Feira de Santana-BA, do período 2003-2004, mostraram que as maiores prevalências de violência física ocorreram nas fases escolar, pré-escolar e adolescente, sendo o espancamento a forma mais praticada (86,2%). Segundo esses resultados, a alta prevalência dessa forma de violência em crianças, intensificada a partir dos dois anos, pode ser explicada pela utilização (principalmente dos pais) de punições corporais com o intuito de disciplinar (SANTA BÁRBARA, 2006).

Punições físicas severas, como o espancamento, constituem um problema de abrangência mundial, atingindo crianças e adolescentes de diferentes culturas. Esse tipo de violência pode, em curto prazo, ter consequência letal, provocar incapacidades física ou mental, bem como, contribuir para o desenvolvimento de comportamentos violentos, estando muitas vezes associada a outros problemas na infância e fases posteriores da vida (OMS, 2002).

Os dados relacionados à identificação de casos de violência sexual pelos profissionais desta pesquisa apontaram “outras formas de abuso sexual”, como a categoria mais citada (52,3%). Entretanto, assim como o espancamento, para a violência física, vale ressaltar que o estupro se destaca por ter apresentado, isoladamente, uma proporção muito elevada (44,6%). Esses resultados ratificaram pesquisa realizada anteriormente em escolas públicas de Feira de Santana-BA, onde professores e alunos indicaram o estupro como a forma mais freqüente de violência sexual (SANTANA, 2008).

A verdadeira incidência ou prevalência dos crimes sexuais é desconhecida. Acredita-se que essa ocorrência apresente altos índices de sub-notificação e sub-registro, visto que, na grande maioria dos casos, as crianças e adolescentes não revelam a ocorrência, seja por medo, vergonha, interpretação equivocada dos

adultos e familiares, entre outros motivos explícitos ou implícitos que integram a complexidade desse fenômeno (DREZETT et al., 2001).

De acordo com a OMS (2002), os índices de abuso sexual tendem a se elevar após o início da puberdade, com as taxas mais altas ocorrendo durante a adolescência, embora possa acometer crianças de todas as idades, o que pode ser observado em outro estudo realizado em Feira de Santana (SANTA BÁRBARA, 2006; COSTA et al., 2007) onde foi encontrada maior prevalência na fase inicial da adolescência, muito embora tenha acometido crianças de todas as faixas, inclusive os menores de um ano. Outro estudo realizado em Feira de Santana, por Santana (2008), também mostra acometimento maior da violência sexual entre adolescentes, sendo a faixa etária mais atingida a de 10 a 16 anos.

A co-ocorrência entre diferentes tipos de violência tem sido um dos aspectos relevantes do fenômeno. No presente estudo, 51,4% dos profissionais que relataram ter identificado algum caso de violência, apontaram alguma forma de violência física associada à violência sexual. A co-ocorrência dessas duas violências também foi observada no estudo de Briere e Elliott (2003), onde 21,0% das vítimas haviam sido expostas a ambos os tipos.

Embora 82,7% dos profissionais deste estudo tenham reconhecido que o enfrentamento da violência é também responsabilidade do Setor Saúde, verificou-se que, entre os profissionais que suspeitaram ou identificaram de vitimização, apenas 56,9% relataram ter havido notificação de pelo menos um dos casos, sendo que destas, apenas 17,8% foram realizadas pelo próprio profissional. Em relação aos notificantes, foram apontados um profissional de saúde, a mãe e outras pessoas como os mais freqüentes.

Apesar das altas proporções do relato de notificação pelos profissionais de saúde na presente pesquisa, esses resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que essa informação representa apenas os casos que foram identificados durante a prática profissional, não correspondendo à totalidade de casos registrados no município, no período da pesquisa. Sabe-se que a atuação do Setor Saúde é insuficiente para a demanda exigida, considerando a proporcionalidade entre o número de equipes do PSF para o município e de profissionais atuantes no PSF ou mesmo nas UBS, em relação à população da área adscrita, com necessidades que transcendem a competência do Setor de Saúde.

Ao reconhecer a violência como um problema de saúde pública, o Setor Saúde adota este fenômeno como um grave problema social, capaz de gerar danos à saúde, o que sugere maior envolvimento dos profissionais, no enfrentamento e prevenção (SANTA BÁRBARA, 2006).

O Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe sobre o papel específico dos Setores de Saúde e de Educação, responsabilizando-os como esferas públicas privilegiadas de proteção, com a competência de identificar e notificar as situações de maus-tratos, na busca de soluções para proteger a vítima e apoiar os seus familiares. Aborda também a obrigatoriedade de médicos, professores ou responsáveis por estabelecimentos de saúde e de ensino de notificar às autoridades competentes os casos (suspeitos ou confirmados) de maus-tratos, sendo prevista uma multa de três a vinte salários de referência nos casos de omissão. Aos Conselhos Tutelares, órgão mais indicado para receber as notificações, cabe defender e garantir os direitos das crianças e adolescentes, detendo o poder de aplicar medidas de atendimento e responsabilização quando julgar necessária (BRASIL, 2006b).

Estudo realizado em Niterói, a partir de registros do Conselho Tutelar, demonstrou que dos 128 casos registrados, apenas 4 (3,1%) foram notificados por profissionais de saúde (CAVALCANTI, 1999). Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Feira de Santana-BA, onde foi verificado que das 1.293 ocorrências, apenas 3,7% tiveram como notificantes os serviços de saúde, sendo que a maior prevalência de notificação (30,8%) foi anônima (COSTA et al., 2007; SANTA BÁRBARA, 2006).

Sabe-se que a baixa notificação ainda é uma realidade na rotina dos Serviços de Atendimento e Garantias de Direitos a crianças e adolescentes em situação de risco social. Nos serviços de saúde, esta sub-notificação tem sido “justificada”, entre outros argumentos, pelo despreparo na temática, uma vez que a graduação e os cursos técnicos abordam o problema de forma insuficiente; assim como questões voltadas à quebra do sigilo profissional; questões ligadas aos Conselhos Tutelares, como a descrença na efetividade da ação dessas Instâncias e no Sistema de Garantias de Direitos; além de receio de represálias dos agressores; ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar; escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para

esse instrumento (FERREIRA, 2005; FERREIRA; SCHRAMM, 2000; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; PIRES et al, 2005; SALIBA et al., 2007).

A notificação constitui um importante instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a violência, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, bem como, permite o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência. Dessa forma, o ato de notificar pode ser compreendido como um elemento crucial na ação pontual contra a violência, na ação política global e no entendimento do fenômeno (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Apontada pelos profissionais como uma das causas da baixa notificação, a insuficiente capacitação na temática pode contribuir para uma atuação mais eficaz nos casos de violência. A ausência ou a pouca exploração do tema nos cursos de graduação e de formação técnica, bem como no ambiente de trabalho, dificulta a identificação de vítimas e o processo de notificação às autoridades competentes, uma vez que muitos profissionais não se sentem seguros para realizar o diagnóstico e proceder aos encaminhamentos diante dessas situações.

Os resultados do presente estudo revelaram que apenas 27,9% dos profissionais receberam algum tipo de informação sobre a temática da violência, sendo 36,6% no local de trabalho. Muito embora 91,4% dos cursos de formação tivessem carga horária insuficiente (<40h), o conhecimento prévio ao tema (violência) mostrou associação estatisticamente significativa para a identificação de vítimas. Estes resultados ratificaram pesquisas (GONÇALVES; FERREIRA, 2002; PIRES et al., 2005; SALIBA et al., 2007) que ressaltaram a falta ou insuficiência de abordagem no tema durante os cursos de formação profissional (Universidades e cursos técnicos).

Os achados desta e de outras pesquisas sugerem a necessidade de maior sensibilização e envolvimento de diferentes setores da Universidade (grupos de pesquisa, colegiados de cursos), junto aos Sistemas de Atenção e Garantias de Direitos, contribuindo com a inserção de temas relacionados à violência nas grades curriculares dos cursos da área de saúde, com ênfase na infância e adolescência, bem como fortalecendo a formação e atuação dos profissionais dos Sistemas de Atendimento.

Em relação à exploração do tema nas Universidades, Carvalho et al. (2006) verificaram que, entre 150 alunos do curso de Odontologia, mais de 50,0% (51,4%)

recebeu alguma informação sobre o tema, sendo os seminários a fonte mais citada. Outro estudo realizado por Silveira; Mayrink; Néto (2005) com cirurgiões-dentistas mostrou que 84,0% destes profissionais se consideravam despreparados e inseguros para atuar nestes casos.

Para Saliba et al. (2007), o Setor Saúde não pode assumir a responsabilidade do combate à violência, mas cabe o envolvimento institucional através da capacitação de seus profissionais para o enfrentamento do problema, respaldados na compreensão das relações sociais conflituosas.

Considerando o indiscutível impacto da violência sobre a saúde de crianças e adolescentes, é fundamental que os profissionais da área sejam capacitados para o enfrentamento dos agravos, cada vez mais freqüentes nas Unidades de Saúde, desde a Atenção Básica, até os Serviços de Emergência. Para tanto, se faz necessário a intersetorialidade capaz de propiciar ações efetivas para o rompimento do ciclo de violência (SANCHEZ; MINAYO, 2004).

Por fim, acredita-se que, as dificuldades em relação ao processo de identificação de casos e, sobretudo, de notificação da violência contra crianças e adolescentes, não podem ser usadas como argumentos para a omissão dos profissionais de saúde. O interesse em buscar informações e apoio nesses casos não depende de nenhuma das dificuldades apresentadas. Como comentam de forma sábia Braz e Cardoso (2000, p. 95): “é necessário reconhecer que, para denunciar um caso é preciso se indignar com ele”.

Nessa perspectiva, é importante considerar que a capacidade do profissional de identificar ou suspeitar da violência é o primeiro passo para a efetivação de um atendimento de qualidade e mais humano, onde a escuta e o olhar ampliado sejam atitudes essenciais e norteadoras para tornar uma situação de violência visível, de modo que, as dificuldades encontradas não sejam escudos da omissão e do silêncio.

## **7 CONCLUSÕES**

### **7.1 Caracterização da amostra**

- A maior parte dos profissionais de saúde deste estudo era do sexo feminino, na faixa de 30 e 49 anos, casada e com um a dois filhos; experiência em serviço entre 2 e 10 anos; integrantes do Programa Saúde da Família (PSF) e em outros serviços; as categorias dos profissionais com 3º grau relataram algum tipo de especialização; e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Técnicos de Enfermagem representaram as maiores proporções da amostragem do estudo;

### **7.2 Conhecimento técnico no tema**

- Os profissionais mostraram bom nível de conhecimento sobre agressores, características do evento, aspectos clínicos, psicossociais e comportamentais das vítimas. A maior parte relatou que notificaria às autoridades competentes na presença de uma vítima, embora uma parcela significativa tenha condicionado tal procedimento à confirmação do caso; o Conselho Tutelar foi o local mais citado para notificação e a maioria absoluta considera necessária a participação do Setor saúde, no enfrentamento da violência;

### **7.3 Identificação de casos**

- Apenas 39,7% dos profissionais conheciam algum caso de criança ou adolescente vitimizados; de modo geral, identificados através da informação de outras pessoas e na visita domiciliar; ocorrência no domicílio, caracterizando a violência doméstica e intra-familiar; manifestada, principalmente, por agressões de pequeno e médio porte, para a violência física e como “outras formas de abuso sexual”, para a violência sexual;
- As vítimas tinham principalmente de 6-9 anos e 10-13 anos, embora com vitimização em todas as faixas etárias; a maioria do sexo feminino e a co-

ocorrência das violências física e sexual foi relatada em mais da metade dos casos, sendo a maioria dos agressores algum membro da família, principalmente, padrasto, pai e mãe;

- A notificação dos casos foi apontada por 56,9% dos participantes que relataram ter suspeitado ou identificado algum caso, embora menos de ¼ das notificações tenha sido realizada pelo próprio profissional; os principais notificantes foram um profissional de saúde e a mãe, respectivamente, sendo o Conselho Tutelar e a Delegacia, as Instâncias mais procuradas para realizar a notificação;

#### **7. 4 Associações Bivariadas**

**7.4.1 O relato de identificação de casos associou-se de forma positiva e significativa com as variáveis, sexo feminino, presença de filhos, categoria de profissionais Médicos e Enfermeiros, tempo de serviço de 6 a 10 anos e ter capacitação prévia;**

- **Os profissionais do sexo feminino** identificaram casos, principalmente, através de terceiros e da visita domiciliar; a violência sexual foi a mais destacada; os agressores mais citados foram padrasto, pai e mãe e os principais notificantes foram os profissionais de saúde e a mãe. Enquanto que para o sexo masculino, a consulta foi o principal momento de identificação de casos; a violência física foi a mais praticada; a faixa etária mais atingida foi a de 2 a 5 anos; o pai foi o principal agressor e o profissional de saúde e outras pessoas, os principais notificantes;
- **As categorias Médicos, Técnicos de Enfermagem e ACS** foram os que mais apontaram ter conhecimento de algum caso; os Médicos identificaram ou suspeitaram principalmente durante a consulta, sendo o espancamento a violência física mais verificada; os Enfermeiros, ACS e Técnicos de Enfermagem reconheceram casos, principalmente, através da informação de terceiros, e as agressões de pequeno e médio porte foram os tipos de violência física mais relatadas. Na maioria absoluta dos casos, o próprio



profissional não foi o notificante; o Cirurgião-Dentista foi a categoria que menos identificou casos de violência e informações a respeito;

- **A probabilidade de identificação de casos aumentou com a idade cronológica e a experiência profissional.** Os profissionais com até um ano de serviço identificaram casos, principalmente, durante as atividades clínicas, enquanto que os demais, durante a visita domiciliar e através da informação de terceiros; as formas leves e moderadas da violência física foram mais identificadas com o tempo de serviço; a notificação dos casos foi relatada, principalmente, pelos profissionais com a 2 a 5 anos e 6 a 10 anos de experiência, muito embora, na maioria absoluta, não tenha sido realizado pelo próprio profissional;
- **A capacitação prévia mostrou interferir de forma significativa com o relato de identificação de casos, muito embora apenas 27,9% dos profissionais relataram ter recebido alguma informação na temática, principalmente, no local de trabalho e essa carga horária tenha sido considerada insuficiente como capacitação (< 40 horas);**

**7.4.2 Muito embora alguns resultados não tenham apresentado significância estatística, vale ressaltar que os ACS e os profissionais do PSF apresentaram maior probabilidade de identificação de casos, quando comparados com suas respectivas categorias de referência (Cirurgiões-Dentistas e UBS, respectivamente).**

- Para os profissionais do PSF, a informação de terceiros e a visita domiciliar foram as principais fontes de identificação de casos, entretanto, para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), foram a visita e “outro tipo de atendimento” (diferente da consulta); a faixa etária das vítimas apontada entre os profissionais dos dois tipos de Unidades foi de 6 a 13 anos; grande proporção dos técnicos do PSF não verificaram a co-ocorrência entre as violências física e sexual e os agressores foram distribuídos de forma homogênea entre os diversos membros da famílias,

enquanto que, para os profissionais do UBS o padrasto foi citado como principal agressor;

- **A notificação de casos** não mostrou associação estatisticamente significativa com as mesmas variáveis independentes do modelo, testadas com a identificação ou suspeita.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura consultada e os resultados deste estudo mostram que a identificação da violência contra crianças e adolescentes, assim como a notificação dos casos pelo Setor Saúde é ainda carregada de muitas incertezas. A ausência ou insuficiência de abordagem do tema nos cursos de graduação e cursos técnicos favorece o despreparo dos profissionais, o que tem contribuído para a subnotificação de casos, má qualidade dos registros das Instâncias de referência e agravamento das formas de violência.

Face à magnitude, incidência e impacto das violências sobre a saúde de crianças e adolescentes, ressalta-se a relevância da capacitação continuada dos profissionais de saúde no tema, desde os cursos de formação, bem como a articulação com a Rede de Atendimento e Garantias de Direitos, entre outros setores da sociedade. Esses aspectos podem contribuir para que a prevenção e a intervenção nos casos de violência possam integrar-se à rotina do atendimento em saúde, através da identificação precoce de vítimas, notificação de casos e acompanhamento humanizado. Esses procedimentos possibilitam ao profissional cumprir seu papel e responsabilidade, sobretudo como cidadão, frente às situações suspeitas ou identificadas.

A sensibilização e a capacitação são condições essenciais para ampliar o olhar e a escuta do profissional de saúde, de modo a torná-lo capaz de identificar e notificar situações de violência, independente da sua área de atuação, o que contribuirá para que crianças e adolescentes possam crescer e se desenvolver de forma segura, digna e saudável.

A complexidade dos casos de violência demanda articulações entre diferentes setores e perspectivas disciplinares, bem como, diferentes ações institucionais. Dessa forma, a atuação multiprofissional e intersetorial do Setor Saúde com outros campos da sociedade, pode favorecer a prevenção da violência, o planejamento de ações para sua identificação e controle, o fortalecimento dos instrumentos legais de atuação e a elaboração de políticas públicas eficazes para a proteção de crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade.

Por fim, na perspectiva de melhor compreensão do fenômeno da violência e das ações dos profissionais de saúde, são necessários estudos adicionais em diferentes abordagens, que possibilitem conhecer com maior profundidade as

especificidades que cercam este problema, bem como, que contribuam para ampliar o conhecimento dos profissionais, fortalecendo assim a atuação das Redes de Proteção.

## REFERÊNCIAS

ADED, N. L. O. et al. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 33, n. 4, p. 204-213, 2006.

ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção**. Guia de orientação para educadores. Rio de Janeiro: Editora Autores & Agentes & Associados, 1997. 29 p.

\_\_\_\_\_. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. **Abuso Sexual: mitos e realidade**. Por que?! Quem?! Como?! O quê?!. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Autores & Agentes & Associados, 2002. 45 p.

\_\_\_\_\_. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. **Combate ao abuso e exploração sexual infanto-juvenil**. Relatório cumulativo referente a 6 anos – fevereiro de 1997 a janeiro de 2003. 2003.

\_\_\_\_\_. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. **Dados sobre a violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes no Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em:<  
<http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-99.pdf>>. Acesso: 19 de outubro de 2008.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. **Pediatrics**, v. 104, n. 2, p. 348-350, Aug. 1999.

ALGERI, S.; SOUZA, L. M. de. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, , p. 625-631, julho-agosto, 2006.

ALMEIDA, M. C. P. ; MISHIMA, S. P. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface Comunic Saúde Educ.** , v. 9, p. 150-155, 2001.

ARAGÃO, J. de S. et al. Violência contra crianças e adolescentes – uma abordagem histórica. **Revista Baiana de Pediatria**, Salvador, vol. 1, n. 2, p. 204-213, jul. ago. set. 2004.

ARIÈS, P. **L' enfant et la vie familiale sous l'ancien régime**. Paris : Plon , 1960, p. 503.

BECKER, D. B.; NEEDLEMAN, H. L.; KOTELCHUCK, M. Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 97, p. 24-28, July, 1978.

BERNARD-BONNIN, A.C et al. Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. **Paediatr Child Health**, v. 13, n. 6, july/august. 2008.

BEZERRA, S. de C. Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. cap. 1, p. 17-22. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, v. 11, n. 1, p. 63-76, jan./jun. 2007.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, ago. 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 96 p. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) ( Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 48 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 167).

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. 3 ed. Brasília: SEDH/DCA, 2002c. 59 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d. 64 p. (Série E. Legislação de Saúde; n. 8).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, 296p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Direitos Humanos e Ministério da Educação. **Guia escolar: métodos para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Rede de Proteção à Infância Adolescência. Brasília, 2004b. 163 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92 p. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 96 p (Série E. Legislação de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p. (Série Pactos pela Saúde, v. 4) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislação.php>>. Acesso: 24 de novembro de 2008. 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de mortalidade: **C.9 Taxa de mortalidade específica por causas externas para o ano de 2004**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2006/c09.def>> Acesso: 19 de janeiro de 2008a.

BRASIL. Decreto N° 99.710, de 21 de novembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislação.php>>. Acesso: 26 de novembro de 2008c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n° 936, de 18 de maio de 2004. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria936.pdf>>. Acesso em 01 de janeiro de 2009.

BRAZ, M.; CARDOSO, M. H. C. A. Em contato com a violência : os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 91-97, janeiro, 2000.

BRIERE, J. ELLIOTT, D. M. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. **Child Abuse & Neglect**, v. 27, p. 1205-1222, 2003.

BRITO, A. M. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 143-149, jan./mar. 2005.

CAMARGO JR., K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup 1: p. S58-S68. 2008.

CAMPOS, C. C. G.; SOUZA, S. J. Mídia, cultura do consumo e constituição da subjetividade na infância. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 1, p. 12-21, 2003.

CARDOSO, A . C. A . et al. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). **Pediatr Mod**, São Paulo, v. 39, n. 9, p. 354-362, set. 2003.

CARIOLA, T. C. et al. A posição da criança vítima de maus-tratos na constelação familiar. **Pediatr Mod**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 158-162, abr. 1995.

CARVALHO, A. C. R. et al. Abuso e negligência: estudo na Delegacia de Repressão aos Crimes contra a Criança e o Adolescente. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 18, p. 117-123, mar./abr. 2001.



CARVALHO, A. C. R. et al. **Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente – Salvador/Bahia.** Disponível em:<

[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1006](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1006).> Acesso: 20 de dezembro de 2008.

CARVALHO, C. Diagnóstico: abuso infantil um grande passo para a integridade física e psicológica do menor. **Rev Bras Odontol**, v. 59, n. 3, maio/jun. 2002.

CARVALHO, F. M. T. et al. O conhecimento de estudantes de graduação em odontologia em relação ao abuso infantil. **Clín. Científ.**, Recife, v. 5, n. 3, p. 207 – 210, jul./set. 2006.

CAVALCANTE, M. G. S. et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, p. 437-445, out./dez. 2006.

CAVALCANTI, M. L. T. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 193-200, 1999.

CAVALCANTI, A. L. Maus-tratos infantis: aspectos históricos, diagnóstico e conduta. **Pediatr Mod**, São Paulo, v. 38, n. 9, p. 421-426, set. 2002.

\_\_\_\_\_. A. L.; VALENÇA, A. M. G. DUARTE, R. C. O O dontopediatra diante de maus-tratos infantis: diagnóstico e conduta. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.3, p. 451-455, 2000.

CFO. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de ética odontológica 2006.** Resolução CFO n° 42 de 20 de maio de 2003. Disponível em: <  
[http://www.cfo.org.br/download/pdf/codigo\\_etica.pdf](http://www.cfo.org.br/download/pdf/codigo_etica.pdf) > Acesso em 08 de janeiro de 2008.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica.** Resolução CFM n° 1246 de 08 de janeiro de 1988. Disponível em: <  
<http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp?=#BA> > Acesso em 08 de janeiro de 2008.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Resolução COFEN n° 240 de 30 de agosto de 2000.

Disponível em: <

<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7069&sectionID=34> >

Acesso em 08 de janeiro de 2008.

CONANDA. CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Diretrizes nacionais para a política de atenção integral à infância e à adolescência**. Brasília: Conanda, 2000.

CÓRDON, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p 557-563, jul-set, 1997.

COSTA, M. C. O. **Diga não à violência contra crianças e adolescentes no seu município: este desafio nós podemos enfrentar juntos!!** Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS, OIT, Feira de Santana, 2006a. 54p.

\_\_\_\_\_, M. C. O. **Relatório Técnico da Pesquisa “Violência contra Crianças e Adolescentes em Feira de Santana: a realidade, o enfrentamento e a prevenção”**. CAPES. Ministério da Educação. 2006b. 42 p.

\_\_\_\_\_ et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p. 1129-1141, ago-set, 2007.

COUTINHO, L. G. A adolescência na contemporaneidade: ideal cultural ou sintoma social. **Pulsional. Revista de Psicanálise**, ano 17, n. 181, p. 13-19, março. 2005.

CUNHA, J. M.; ASSIS, S. G.; PACHECO, S. T. A. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 4, p. 462- 465, 2005.

DARUGE, E.; CHAIM, L. A. F.; GONÇALVES, R. J. **Criança maltratada e odontologia – conduta, percepção e perspectivas - uma visão crítica**. Disponível em: < [http://www.odontologia.com.br/artigos/abuso\\_infantil.html](http://www.odontologia.com.br/artigos/abuso_infantil.html) >. Acesso em 01 de julho de 2004.

DELGADO, A. C. C.; MÜLLER, F. Em busca de metodologias investigativas com as crianças e suas culturas. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 125, p. 161-179, maio/ago. 2005.

DESLANDES, S. F. **Prevenir a violência**: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENESP/CLAVES, 1994. 40 p.

DOSSI, A. P. et al. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1939-1952, ago. 2008

DREZETT, J. et al. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **Jornal de Pediatria**, v. 77, n. 5, p. 413-418, 2001.

ECPAT – Internacional. End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes. **Combating child sex tourism: questions & answers**. Bangkok: 2008. 40 p.

ELLERY, C. M. (Coord.). **Pesquisa sobre abuso sexual de crianças e adolescentes no Estado do Ceará**. Fortaleza: UECE/POMMAR/USAID, 2004.

FALEIROS, E. T. S.; CAMPOS, J. O. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília: Thesaurus, 2000.

FALEIROS, V. de P. (Coord.). **Fundamentos e Políticas Contra Exploração e Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes**. Brasília, DF: Ministério da Justiça / CECRIA, 1997.

\_\_\_\_\_, V. de P. Políticas para a infância e adolescência e desenvolvimento. **IPEA políticas sociais - acompanhamento e análise**, p. 171-177 11 de ago. 2005

FEIRA DE SANTANA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Coordenação da Atenção Básica e do PSF. **Perfil dos profissionais de saúde na Atenção Básica**. Feira de Santana, 2008 (digitado).

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5 (supl), p. 173 – 180), 2005.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 659 – 665, dez. 2000.

FONTES, R. Criança. **Revista Presença Pedagógica**, v.11, n.61, p. 03-05, jan./fev. 2005.

FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, ano 7, n. 1, p. 144-157, 1º semestre. 2007.

GAWRYSZEWSKI V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano de 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 995-1003, jul-ago, 2004.

GOMES, R. et al. Por que crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 707-714, maio-jun, 2002.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, jan-fev. 2002.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. et al. Ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru-PE. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 6, n. 1, p. 65-70, jan.-abr., 2006.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos**: procuram-se vítimas. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1985. 118p.

HABIGZANG, L. F. et al. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, p. 379-386, 2006.

HILDEBRAND, S. M.; SHIMIZU, H. E. Percepção do agente comunitário de saúde sobre o programa Família Saudável. **Rev Bras Enferm.**, Brasília: v. 61, n. 3, p. 319-324, 2008.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais 2002**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. 383 p. (Estudos e pesquisa. Informação demográfica e socioeconômica, n. 11).

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da População 2007**. Disponível em: <  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem\\_final/ta  
bela1\\_1\\_16.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/ta<br/>bela1_1_16.pdf)> Acesso em: 05 de janeiro de 2009.

IMIP. **Manual de orientação para profissionais de saúde no atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), 2004. 24 p.

INQUE, S. R. V.; RISTUM, M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 11-21, jan. – mar. 2008.

LEAL, M.L; LEAL, M. F. **Pesquisa sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial – PESTRAF no Brasil: relatório final**. Brasília: CECRIA, 2002. 280 p.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "olhar" da enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 419-431, 2005.

MACHADO, H. B. et al. Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. **Texto e contexto enfermagem**, v. 14, n. esp., p. 54-63, 2005.

MARTIN-CHENUT, K. R. Adolescentes em conflito com a lei: o modelo de intervenção preconizado pelo direito internacional dos direitos humanos. In: INSTITUTO LATINO-AMERICANO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A PREVENÇÃO 98 DO DELITO E TRATAMENTO DO DELINQUENTE (ILANUD). **Textos Reunidos**. São Paulo, 2003. p. 79-102.

MOLLO-BOUVIER, S. Transformação dos modos de socialização das crianças: uma abordagem sociológica. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 391-403, Mai./Ago. 2005.

MOUDEN. L. D. The role for dental professionals in preventing child abuse and neglect. **J Calif Dent Assoc**, Sacramento, v. 26, n. 10, p. 737- 739, 741-743, Oct. 1998.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

\_\_\_\_\_, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde**. A infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Fiocruz, Rio de Janeiro: 2003. 284p.

NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1041-52, 2008.

NJAINE, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p.429-438, Jun. 2006.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS; 2002.

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud em las Américas** (vol. 1). Washington, D. C., 1998.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5 (supl.), p. 197-204, 2005.

PIMENTEL, A.; ARAÚJO, L. S. Concepção de criança na pós-modernidade. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27 n. 2, p. 184-193, 2007.

PINHEIRO, P. S. Violence against children: a global report. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 453-460, June. 2006.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 12, n. 1, p. 42-49, 2005.

PIRES, J. M. et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 1, p. 103-108, jan. / mar. 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Violência na Infância e Adolescência: Rede de Proteção à criança e adolescente em situação de risco para a violência – manual de atendimento**. Curitiba: 2002. 56 p.

PUCCA JR., G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 243-246. 2006.

QUINTEIRO, J. Sobre a emergência de uma sociologia da infância: contribuições para o debate. **Perspectiva**. Florianópolis, v. 20, n. Especial, p. 137-162, Jul./Dez. 2002.

RIBEIRO, E. M. et al. Castigo físico adotado por pais acompanhantes no disciplinamento de crianças e adolescentes. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 277-83, 2007.

ROCHA, P. M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1: p.S69-S78, 2008.

RODRIGUES, G. S. et al. Estratégias de enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 111-120, fev. 2008.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 33-41, jan./mar. 2005.

SALVAGNI, E. P.; WAGNER, M. B. Estudo de caso-controle para desenvolver e estimar a validade discriminante de um questionário de avaliação de abuso sexual em crianças. **Jornal de Pediatria**. v. 82, n. 6, p. 431-436, 2006.

SANCHEZ, R.N.; MINAYO, M. C. de S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. cap. 3, p. 29-46. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

SANTA BÁRBARA, J. F. R. **Violência denunciada nos Conselhos Tutelares de Feira de Santana-BA, 2003 – 2004**. 2006. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

SANTANA, M. A. O. **A violência sexual na perspectiva de alunos adolescentes e professores das escolas públicas de Feira de Santana-BA, 2006**. 2008. 130 f .

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2008.

SANTOS, A. M. ; ASSIS, M. M. A.A Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas,BA. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, 2006, p. 53-61.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**. 2. ed. Rio de Janeiro: 2001. 46 p.

SILVA, C. S. **Violência doméstica e desenvolvimento infantil: estudo exploratório sobre atitudes dos profissionais de saúde em um Hospital Pediátrico**. 2006. 142 f. Dissertação. (Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento). Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2006.

SILVA, M. R. **Avaliação da conduta do Cirurgião-Dentista frente à violência doméstica contra crianças e adolescentes: violência física**. 2001. 149 f. Dissertação (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal) Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002. 240 p.

SILVA, A. S.; SENNA, E.; KASSAR, M. C. M. **Exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e tráfico para os mesmos fins: contribuições para o enfrentamento a partir da experiência de Corumbá-MS**. Brasília: OIT, 2005. 173 p.

SILVEIRA, J. L. G. C.; MAYRINK, S; NÉTTO, O. B. S.; Maus-Tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 5, n. 2, p. 119-126, maio/ago. 2005.

SIMÕES, M. P.; POSSAMAI, P. Documentação de lesões buco-maxilo-faciais: implicações legais. **Rev Bras Odontol**, v. 58, n. 6, p. 393-395, nov./dez. 2001.

SIMÕES, A. L. A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis: v. 16, n. 3, p. 439-444, jul-set. 2007.



SOUSA, M. F. Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enferm**, Brasília: v. 61, n. 2, p. 153-158, mar-abr. 2008.

SOUZA, E. R. de; MELO-JORGE, H. P. M. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. cap. 2, p. 23-28. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

SOUZA, M. K. B. de. **Atenção ao adolescente vítima de violência**: participação de gestores municipais de saúde. 2006. 112f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1: p. S100-S110, 2008.

STARFIELD, B; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**; v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STRALEN, C. J. V. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1: p. S148-S158, 2008.

TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, 2006, p. 45-51.

TROCMÉ, N. M. Et al. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. **Child Abuse and Neglect**, v. 27, p. 1427-1430, 2003.

UNICEF. The United Nations Children's Fund. **Reference guide on protecting the rights of child victims of trafficking in Europe**. Geneve: 2006. 201 p.

VIEIRA, A. R.; VIEIRA, A. M. G. S.; ABREU, V. I. Abuso infantil e odontologia no Rio de Janeiro, Brasil. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 18, p. 117-123, 2001.

VON BURG, M. M. et al. A survey of dentists' knowledge of abuse. **J Dent Child**, v. 60, n. 4-5, p. 321-324, July/Oct. 1993.

WEBER, L.N. D.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 227-237, 2004.

WHITTAKER, D. K. The principles of forensic dentistry: 2 Non-accidental injury, bite marks and archalogy. **Dent Update**, London, v. 17, n. 9, p. 386-390, Nov. 1990

YUNES, J.; RAJS, D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10 (supl. 1), p. 88-125, 1994.

YUNES, J.; ZUBAREW, T. Mortalida por causas violentas en Adolescentes y jóvenes: um desafio para la región de las Américas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 2, n. 3, p. 102-171, 1999.

## APÊNDICE A

**Quadro 1** – Distribuição dos profissionais da Atenção Básica de Saúde de Feira de Santana-BA, segundo unidade de atuação, 2008.

ID	UNIDADE	ÁREA	TIPO	MÉDICO	DENT	ENF	TÉCNICO*	ACS	TOTAL
1	Alecrim Miúdo	1	PSF	01	-	01	02	07	11
2	Alto do Papagaio	3	PSF	01	-	01	02	07	11
3	Asa Branca	1	PSF	01	-	01	03	09	14
4	Aviário I	2	PSF	01	01	01	02	06	11
5	Aviário II	2	PSF	01	-	01	02	06	10
6	Bonfim de Feira	3	PSF	01	01	01	02	14	19
7	C. Gado Novo	1	PSF	01	01	01	02	08	13
8	Campo Limpo I	1	PSF	01	-	01	02	07	11
9	Campo Limpo II	1	PSF	01	-	01	03	07	12
10	Campo Limpo III	1	PSF	01	-	01	02	09	13
11	Campo Limpo IV	1	PSF	01	-	01	02	09	13
12	Campo Limpo V	1	PSF	01	-	01	02	05	09
13	Conceição I	3	PSF	01	-	01	02	05	09
14	Conceição II	3	PSF	01	-	01	02	06	10
15	Conceição III	3	PSF	01	-	01	02	08	12
16	Eucaliptos	2	PSF	01	-	01	02	09	13
17	Expansão I	1	PSF	01	-	01	02	05	09
18	Expansão II	1	PSF	01	-	01	02	05	09
19	Feira VI	1	PSF	01	01	01	02	10	15
20	Feira VII – I	2	PSF	01	-	01	02	08	12
21	Feira VII – II	2	PSF	01	-	01	02	04	08
22	Feira IX – I	1	PSF	01	-	01	02	05	09
23	Feira IX – II	1	PSF	01	-	01	02	04	08
24	Feira X – I	3	PSF	01	-	01	02	06	10
25	Feira X – II	3	PSF	01	-	01	02	06	10
26	Feira X – III	3	PSF	01	-	01	02	06	10
27	Feira X – IV	3	PSF	01	-	01	03	06	11
28	Feira X – V	3	PSF	01	-	01	02	05	09
29	Francisco Pinto	2	PSF	01	-	01	02	07	11
30	Fraternidade I	2	PSF	01	01	01	03	06	12
31	Fraternidade II	2	PSF	01	-	01	02	03	07
32	Fulô	2	PSF	01	-	01	02	06	10
33	Gabriela I	1	PSF	01	-	01	02	08	12
34	Gabriela II	1	PSF	01	-	01	02	06	10
35	Galhardo	3	PSF	01	-	01	02	08	12
36	George Américo I	1	PSF	01	-	01	02	07	11
37	George Américo II	1	PSF	01	-	01	02	06	10
38	George Américo III	1	PSF	01	-	01	02	06	10
39	George Américo IV	1	PSF	01	-	01	03	06	11
40	Homero Figueiredo	1	PSF	01	01	01	02	08	13
41	Humildes I	2	PSF	01	01	01	02	08	13
42	Humildes II	2	PSF	01	01	01	02	08	13
43	Ipuacú	3	PSF	01	01	01	02	07	12
44	Jaguara I	2	PSF	01	01	01	02	10	15
45	Jaguara II	2	PSF	01	-	01	02	09	13

46	Jaíba	3	PSF	01	01	01	02	07	12
47	Jussara	3	PSF	01	-	01	02	06	10
48	Liberdade	2	PSF	01	-	01	02	06	10
49	Limoeiro	2	PSF	01	01	01	02	10	15
50	Mantiba	3	PSF	01	-	01	02	07	11
51	Matinha I	1	PSF	01	01	01	02	09	14
52	Morada Tropical	1	PSF	01	-	01	02	05	09
53	Nova Esperança	1	PSF	01	-	01	02	03	07
54	Novo Horizonte	1	PSF	01	01	01	02	08	13
55	Oyama Figueiredo	2	PSF	01	-	01	02	07	11
56	Pampaloma	1	PSF	01	-	01	03	05	10
57	Panorama I	2	PSF	01	01	01	03	08	14
58	Panorama II	2	PSF	01	-	01	02	08	12
59	Parque Brasil	3	PSF	01	-	01	02	05	09
60	Pq Lagoa Subaé	3	PSF	01	-	01	03	06	11
61	Pé de Serra	1	PSF	01	01	01	02	09	14
62	Pedra do Descanso	3	PSF	01	-	01	02	06	10
63	Rocinha I	3	PSF	01	-	01	02	04	08
64	Rocinha II	3	PSF	01	-	01	02	03	07
65	Rosário	3	PSF	01	01	01	02	07	12
66	Santa Mônica II	3	PSF	01	01	01	02	06	11
67	St Ant. dos Prazeres	3	PSF	01	-	01	02	08	12
68	São Cristovão	1	PSF	01	-	01	02	05	09
69	São José I	1	PSF	01	-	01	02	10	14
70	São José II	1	PSF	01	-	01	02	10	14
71	Sítio Matias	2	PSF	01	-	01	03	09	14
72	Sítio Novo	1	PSF	01	-	01	02	06	10
73	Sobradinho I	2	PSF	01	-	01	02	05	09
74	Sobradinho II	2	PSF	01	-	01	02	05	09
75	Terra Dura	2	PSF	01	-	01	02	10	14
76	Tiquaruçú	1	PSF	01	01	01	02	12	17
77	Tomba I	2	PSF	01	-	01	03	09	14
78	Tomba II	2	PSF	01	-	01	02	09	13
79	Tomba III	2	PSF	01	-	01	03	06	11
80	Tomba IV	2	PSF	01	-	01	02	06	10

81	Viveiros I	3	PSF	01	01	01	02	06	11
82	Viveiros II	3	PSF	01	-	01	02	06	10
83	CSU	1	UBS	05	-	01	05	14	25
84	CASEB I	3	UBS	03	-	01	05	15	24
85	CASEB II	3	UBS	06	01	02	05	14	28
86	CASSA	2	UBS	06	03	03	04	26	42
87	Disp. Santana	2	UBS	06	02	02	06	19	35
88	Irmã Dulce	2	UBS	05	03	02	06	10	26
89	Jardim Cruzeiro	2	UBS	08	02	02	05	15	32
90	Mangabeira	3	UBS	07	02	02	05	28	44
91	Parque Ipê	1	UBS	06	-	02	06	25	39
92	Queimadinha	1	UBS	06	-	02	05	32	45
93	Rua Nova	2	UBS	15	04	02	07	35	63
99	Subaé	3	UBS	06	04	02	03	04	19
95	Baraúnas		UBS	04	01	02	04	11	22
-	TOTAL		-	165	42	107	241	816	1.371

\* Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Senhor (a), através deste documento, eu, Maria do Carmo Campos dos Santos, venho convidar-lhes a participar da Pesquisa **“CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA-BA FRENTE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES”**, a qual é orientada pela professora Dra. Maria Conceição Oliveira Costa e co-orientada pela professora Dra. Técia Daltro Borges Alves.

Esta pesquisa busca identificar, através da aplicação de um questionário sigiloso, as atitudes que os profissionais de saúde têm frente a situações de crianças e adolescentes vitimizados pela violência física e sexual no município de Feira de Santana-Bahia.

Dessa forma, procura-se ajudar o Governo Brasileiro a colocar em prática, ações mais diretas ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, diminuindo o número de vítimas por este problema. Os resultados, por sua vez, serão devolvidos sob a forma de relatórios aos gestores das Secretarias de Desenvolvimento Social, Justiça, Trabalho, Saúde, Educação, assim como para a comunidade, com divulgação pela imprensa e para todos os segmentos sociais, na forma de encontros realizados pela equipe do Projeto para sensibilização e capacitação dos profissionais da rede de saúde de Feira de Santana.

Gostaríamos de deixar bem claro que as informações são sigilosas e confidenciais não havendo identificação dos entrevistados; os quais poderão desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem necessidade de dar explicações ou desculpas de sua desistência, como também poderão pedir informações sobre alguma pergunta a qualquer hora que sentir necessidade, ou deixar de responder alguma que lhes causem constrangimento.

Ressaltamos ainda que, mesmo que a pesquisa venha a ser publicada em revista científica, o (a) Senhor (a) jamais será identificado, pois seu nome e local de trabalho não serão divulgados em nenhuma situação e que, caso se sinta prejudicado de alguma forma, os danos serão ressarcidos pela equipe da pesquisa.

Deixaremos uma cópia deste documento com o Senhor (a), no qual está escrito também o nome completo de cada um dos pesquisadores, seus locais de trabalho e telefones para resolver qualquer dúvida ou problema relacionado com esta pesquisa.

- Maria Conceição Oliveira Costa e Técia Daltro Borges Alves – Coordenadoras do Projeto
- Maria do Carmo Campos dos Santos – Pesquisadora / Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Universidade Estadual de Feira de Santana - Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência

Endereço: Av. Universitária, Km 03 BR 116-Campus Universitário-Mód VI-Centro de Pós-Graduação. CEP: 44031460. Feira de Santana, BA - Brasil - Caixa Postal: 252294

Telefone: (75) 32248135 Fax: 32248135

E-mail: [mariaadocarmo@yahoo.com.br](mailto:mariaadocarmo@yahoo.com.br) e [costamco@hotmail.com](mailto:costamco@hotmail.com)

Home page: <http://www.uefs.br/nepa>

Estando de acordo em responder o questionário da pesquisa, pedimos que assine abaixo e em duas cópias, sendo uma sua e outra da equipe. Com isso, o Senhor (a) também estará confirmando que leu este documento e que entendeu bem, concordando em participar.

Feira de Santana, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

Nome:

---

Assinatura:

---

## APÊNDICE C

### QUESTIONÁRIO 1

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA-NNEPA**

Você está participando de uma pesquisa sobre Violência contra Crianças e Adolescentes, que está sendo realizada nas Unidades de Saúde de Feira de Santana. A sua opinião é muito importante para que possamos conhecer melhor esse problema e propor ao governo do estado e município a execução de ações de prevenção e defesa contra esta violência na nossa cidade e região. Se aceitar, fique à vontade para responder. Não precisa colocar seu nome.

#### PARTE I

<b>1. Sexo</b>	1. ( ) Masculino	2. ( ) Feminino
<b>2. Ano de nascimento</b>	_____	
<b>3. Estado Civil:</b>	1 ( ) Solteiro	2 ( ) Casado      3 ( ) Outros
<b>4. Profissional</b>	1 ( ) Cirurgião-Dentista    2 ( ) Médico    3 ( ) Enfermeiro    4 ( ) Técnico de Enfermagem    5 ( ) ACS	
<b>5. É especialista?</b>	1 ( ) Sim    Em quê? _____ 2 ( ) Não	
<b>6. Local de atuação:</b>	1 ( ) UBS    2 ( ) PSF    Qual o nome da unidade? _____	
<b>7. Há quanto tempo atua neste serviço?</b>	_____	
<b>8. Além deste serviço, você atua em mais algum lugar?</b>	1. ( ) Não 2. ( ) Sim. Em qual? _____	
<b>9. Tem filhos?</b>	1 ( ) Sim    Quantos? _____    Qual(s) a(s) idade(s)? _____ 2 ( ) Não	

#### PARTE II

<b>10. Dentre os aspectos apontados abaixo, quais são os mais frequentemente encontrados em uma criança ou adolescente que sofre VIOLÊNCIA?</b> (Pode marcar mais de uma resposta) 1( )Agressividade 2( )Hematomas 3( )Escoriações 4( )Fissuras 5( )Rupturas 6( )Sangramentos 7( )Gravidez precoce 8( )DST 9( )Incompatibilidade entre a lesão e a história relatada 10( )Marcas de mordida 11( )Dificuldade de aprendizado 12( )Atitudes erotizadas e interesse por brincadeira sexual 13( )Tristeza e Isolamento 14( )Não sei 15( )Outro _____
<b>11. Durante a anamnese, o que poderia fazer você suspeitar de VIOLÊNCIA ?</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____
<b>12. Durante o exame físico, qual(s) sinal(s) poderiam fazer você suspeitar de VIOLÊNCIA ?</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____
<b>13. Quando uma criança ou adolescente sofre VIOLÊNCIA <u>SEXUAL</u> que partes do corpo, freqüentemente ficam machucadas?</b> (Pode marcar mais de uma resposta) 1.( )Genitais 2.( )Boca 3.( )Outras partes do corpo _____ 4.( )Não apresenta marcas
<b>14. Quem você acha que são as pessoas que praticam VIOLÊNCIA <u>FÍSICA</u> contra crianças e adolescentes?</b> (Pode marcar mais de uma resposta) 1.( )Pai 2.( )Mãe 3.( )Irmãos 4.( ) Padrasto 5.( )Madrasta 6.( )Outro parente _____ 7.( )Tios 8.( )Vizinhos 9.( )Amigos 10.( )Namorados 11.( )Desconhecidos 12.( )Cafetões 13.( )Prostitutas 14.( )Pessoas na internet 15.( ) Não sei 16.( ) Outros _____



**15. Quem você acha que são as pessoas que praticam VIOLÊNCIA SEXUAL contra crianças e adolescentes?** (Pode marcar mais de uma resposta)

- 1.( )Pai 2.( ) Mãe 3.( )Irmãos 4.( ) Padrasto 5.( )Madrasta 6.( )Outro parente\_\_\_\_\_ 7.( )Tios  
8.( ) Vizinhos 9.( ) Amigos 10.( ) Namorados 11.( ) Desconhecidos 12.( )Cafetões 13.( )Prostitutas  
14.( )Pessoas na internet 15.( ) Não sei 16.( )Outros\_\_\_\_\_

**16. Correlacione a 1ª coluna com a 2ª, de acordo com os tipos de VIOLÊNCIA SEXUAL:**

- |                      |   |
|----------------------|---|
| 1) Pedofilia         | ( ) Relação sexual de adulto ou adolescente mais velho com criança ou outro adolescente.  |
| 2) Pornografia       | ( ) Adulto que sente atração erótica-sexual por crianças e/ou adolescente.  |
| 3) Incesto           | ( ) Adulto que mantém relações sexuais com crianças ou adolescentes da mesma família com uso da força física ou não.                                      |
| 4) Abuso             | ( ) Adulto que expõe fotos de crianças ou adolescentes com imagens eróticas.  |
| 5) Estupro           | ( ) Comercialização da prática sexual envolvendo crianças e adolescentes com fins de lucro.   |
| 6) Exploração Sexual | ( ) Relação sexual, onde há penetração, entre um adulto ou adolescente mais velho e uma criança ou outro adolescente, mediante violência ou grave ameaça. |

**17. Qual seria a sua conduta caso suspeitasse ou identificasse alguma criança e/ou adolescente vítima de VIOLÊNCIA?PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO.**

- 1.( )Solicitaria um parecer de um outro profissional. Qual?\_\_\_\_\_
- 2.( )Conversaria com a família
- 3.( )Perguntaria à criança
- 4.( )Não teria tempo de suspeitar durante à consulta
- 5 ( )Notificaria às autoridades competentes
- 6 ( )Não saberia o que fazer
- 7 ( )Não poderia fazer nada

**18. Caso optasse por fazer a notificação, a quem notificaria?**\_\_\_\_\_

**19. Em relação à notificação de casos de VIOLÊNCIA contra crianças e adolescentes, o profissional de saúde:**

- 1 ( )Deve notificar todos os casos (suspeitos ou confirmados)
- 2 ( )Deve notificar apenas os casos em que a prática de violência fique confirmada
- 3 ( )Não cabe ao profissional de saúde fazer a notificação
- 4 ( )Outra

**20. Quais as conseqüências da VIOLÊNCIA para o crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes? (PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO).**

**A. ALTERAÇÕES AGUDAS**

- 1( )Físicas  
2( )Psicológicas  
3( )Físicas e psicológicas

**B. ALTERAÇÕES CRÔNICAS**

- 1( )Físicas  
2( )Psicológicas  
3( ) Físicas e psicológicas

**C.( )NÃO CAUSA ALTERAÇÕES**

**21. Você acha que a violência é um problema a ser enfrentado pelo Setor Saúde?**

- 1.( )Sim 2.( )Não

### PARTE III

**22. Você conhece ou suspeitou que alguma criança ou adolescente tivesse sofrido VIOLÊNCIA (Pode ter sido no local de trabalho ou não)? Caso sua resposta seja não, passe para a QUESTÃO 34.**

- 1.( )Sim 2.( )Não

**23. Qual foi o tipo de VIOLÊNCIA?** (Se você conhece mais de uma vítima, marque mais de uma resposta)

- 1.( )Física.Qual?\_\_\_\_\_ 2.( )Sexual. Qual?\_\_\_\_\_ 3.( )Outra. Qual?\_\_\_\_\_

**24. Que idade aproximada tinha essa(s) criança(s) ou adolescente(s) quando aconteceu essa violência?** (Se você conhece mais de uma vítima, coloque as idades de todas elas)

- 1.( )Idade\_\_\_\_\_ 2.( ) Não sei

**25. Qual o sexo da criança/adolescente(s) (vítima)?**

- 1.( ) Feminino 2.( ) Masculino

<p><b>26. Que tipo de sinal físico foi verificado no corpo da criança ou adolescente?</b> (Se você conhece mais de uma vítima, marque mais de uma resposta)</p> <p>1.( ) Não ficaram marcas no corpo    2.( ) Lesões na boca    3.( ) Lesões nos genitais    4.( ) Lesões no ânus 5.( ) Lesões em outras partes _____    6.( ) Não sei informar</p>
<p><b>27. Em que local aconteceu esta(s) VIOLÊNCIA?</b> (Se conhece mais de uma vítima, pode marcar mais de uma resposta).</p> <p>1.( ) Em casa    2.( ) Na escola    3.( ) Na rua    4.( ) Na casa da vizinha    5.( ) Na casa de parentes    6.( ) Festa 7.( ) Prostíbulo    8.( ) Não sei    9.( ) Outro _____</p>
<p><b>28. Em que situação você teve conhecimento deste caso de VIOLÊNCIA?</b> (Se você conhece mais de uma vítima, marque mais de uma resposta)</p> <p>1.( ) Visita domiciliar    2.( ) Consulta    3.( ) Outro tipo de atendimento _____    4.( ) Reunião com grupo de adolescentes 5.( ) Fui informado por outra pessoa</p>
<p><b>29. O agressor era:</b> (Se você conhece mais de uma vítima, marque mais de uma resposta)</p> <p>1.( ) Pai    2.( ) Mãe    3.( ) Irmão    4.( ) Padrasto    5.( ) Madrasta    6.( ) Tio    7.( ) Outro parente _____ 8.( ) Vizinhos    9.( ) Amigo    10.( ) Namorados    11.( ) Desconhecido    12.( ) Cafetão    13.( ) Prostituta    14.( ) Pessoa da internet 15.( ) Não sei    16.( ) Outros _____</p>
<p><b>30. Em caso de VIOLÊNCIA SEXUAL, que tipo de violência física ocorreu?</b> (Se você conhece mais de uma vítima, marque mais de uma resposta)</p> <p>1.( ) Não ocorreu violência física    2.( ) Tapas ou murros    3.( ) Queimadura    4.( ) Cortes    5.( ) Não sei 6.( ) Outros _____</p>
<p><b>31. Foi feita a notificação?</b> Caso sua resposta seja não, passe para QUESTÃO 34.</p> <p>1.( ) Sim 2.( ) Não. Por quê?----- ----- -----</p>
<p><b>32. Quem fez a notificação?</b> (Se você conhece mais de uma vítima, marque mais de uma resposta)</p> <p>1.( ) Eu    2.( ) A vítima    3.( ) Mãe    4.( ) Pai    5.( ) Avós    6.( ) Irmãos    7.( ) Outros Parentes _____ 8.( ) Amigos    9.( ) Escola    10.( ) Outro profissional de Saúde _____    11.( ) Vizinho    12.( ) Conselho Tutelar 13.( ) Outra _____    14.( ) Não sei informar    15.( ) Anônimo</p>
<p><b>33. Onde foi feita a notificação?</b></p> <p>1.( ) Conselho Tutelar    2.( ) Delegacia    3.( ) Ministério Público    4.( ) Juizado da Infância e Juventude 5.( ) Outro _____    6.( ) Não sei</p>
<p><b>34. Ordene com números de 1 a 10, por ordem crescente de importância, a atuação dessas categorias no enfrentamento da VIOLÊNCIA</b> (Considere 1 para o menos importante e 10 para o mais importante). <b>NÃO REPITA OS NÚMEROS.</b></p> <p>A.( ) Médico    B.( ) Enfermeiro    C.( ) Técnico de enfermagem    D.( ) Dentista    E.( ) Psicólogo    F.( ) Agente Comunitário de Saúde G.( ) Policial    H.( ) Pessoas da comunidade    I.( ) Professores    J.( ) Gestores de serviços</p>

#### PARTE IV

<p><b>35. Você já recebeu alguma informação ou capacitação para identificar e intervir nos casos de VIOLÊNCIA contra crianças e adolescentes?</b></p> <p>1.( ) Sim Qual a instituição responsável? _____ 2.( ) Não recebi</p>
<p><b>36. Se sua resposta foi afirmativa, indique a(s) fonte(s) de informação(s)</b></p> <p>1.( ) No curso de graduação    2.( ) No curso de pós-graduação    3.( ) Em congressos    4.( ) Em cursos promovidos por associações de classe 5.( ) No local de trabalho    5.( ) Outro    6.( ) Não lembro</p>
<p><b>37. Qual a carga horária?</b> _____</p>
<p><b>38. Você gostaria de receber alguma capacitação sobre o tema?</b></p> <p>1.( ) Sim    2.( ) Não</p>

MUITO OBRIGADA!

Você está contribuindo para o desenvolvimento de ações de prevenção das violências contra crianças e adolescentes na nossa cidade e região.

## APÊNDICE D

### QUESTIONÁRIO 2

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA-NNEPA**

Você está participando de uma pesquisa sobre Violência contra Crianças e Adolescentes, que está sendo realizada nas unidades de saúde de Feira de Santana. A sua opinião é muito importante para que possamos conhecer melhor esse problema e propor ao governo do estado e município a execução de ações de prevenção e defesa contra esta violência na nossa cidade e região. Se aceitar, fique à vontade para responder. Não precisa colocar seu nome.

#### PARTE I

<b>1. Sexo</b> 1.( <input type="checkbox"/> ) Masculino    2.( <input type="checkbox"/> ) Feminino
<b>2. Ano de nascimento</b> _____
<b>3. Estado Civil:</b> 1 ( <input type="checkbox"/> )Solteiro    2 ( <input type="checkbox"/> )Casado    3 ( <input type="checkbox"/> )Outros
<b>4. Profissional</b> 1 ( <input type="checkbox"/> )Cirurgião-Dentista    2 ( <input type="checkbox"/> )Médico    3 ( <input type="checkbox"/> ) Enfermeiro    4 ( <input type="checkbox"/> ) Técnico de Enfermagem    5 ( <input type="checkbox"/> ) ACS
<b>5. Local de atuação:</b> 1 ( <input type="checkbox"/> ) UBS    2 ( <input type="checkbox"/> ) PSF    Qual nome da unidade? _____
<b>6. Há quanto tempo atua na neste serviço?</b> _____
<b>7. Além deste serviço, você atua em mais algum lugar?</b> 1. ( <input type="checkbox"/> ) Não 2. ( <input type="checkbox"/> ) Sim. Em qual? _____
<b>8. Tem filhos?</b> 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim    Quantos? _____    3.Qual(s) a(s) idade(s)? _____ 2 ( <input type="checkbox"/> ) Não

#### PARTE II

<b>9. Dentre os aspectos apontados abaixo, quais são os mais frequentemente encontrados em uma criança ou adolescente que sofre VIOLÊNCIA?</b> (Pode marcar mais de uma resposta) 1( <input type="checkbox"/> )Agressividade 2( <input type="checkbox"/> )Hematomas 3( <input type="checkbox"/> )Escoriações 4( <input type="checkbox"/> )Fissuras 5( <input type="checkbox"/> )Rupturas 6( <input type="checkbox"/> )Sangramentos 7( <input type="checkbox"/> )Gravidez precoce 8( <input type="checkbox"/> )DST 9( <input type="checkbox"/> )Incompatibilidade entre a lesão e a história relatada 10( <input type="checkbox"/> )Marcas de mordida 11( <input type="checkbox"/> )Dificuldade de aprendizado 12( <input type="checkbox"/> )Atitudes erotizadas e interesse por brincadeira sexual 13( <input type="checkbox"/> )Tristeza e Isolamento 14( <input type="checkbox"/> )Não sei 15( <input type="checkbox"/> )Outro
<b>10. Durante o seu atendimento ou visita domiciliar, o que poderia fazer você suspeitar de VIOLÊNCIA ?</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____
<b>11. Quando uma criança ou adolescente sofre VIOLÊNCIA <u>SEXUAL</u> que partes do corpo, freqüentemente ficam machucadas?</b> (Pode marcar mais de uma resposta) 1.( <input type="checkbox"/> )Genitais    2.( <input type="checkbox"/> )Boca    3.( <input type="checkbox"/> )Outras partes do corpo    4.( <input type="checkbox"/> )Não apresenta marcas
<b>12. Quem você acha que são as pessoas que praticam VIOLÊNCIA <u>FÍSICA</u> contra crianças e adolescentes?</b> (Pode marcar mais de uma resposta) 1.( <input type="checkbox"/> )Pai    2.( <input type="checkbox"/> )Mãe    3.( <input type="checkbox"/> )Irmãos    4.( <input type="checkbox"/> ) Padrasto    5.( <input type="checkbox"/> )Madrasta    6.( <input type="checkbox"/> )Outro parente _____    7.( <input type="checkbox"/> )Tios 8.( <input type="checkbox"/> )Vizinhos    9.( <input type="checkbox"/> )Amigos    10.( <input type="checkbox"/> )Namorados    11.( <input type="checkbox"/> )Desconhecidos    12.( <input type="checkbox"/> )Cafetões    13.( <input type="checkbox"/> )Prostitutas 14.( <input type="checkbox"/> ) Pessoas na internet    15.( <input type="checkbox"/> ) Não sei    16.( <input type="checkbox"/> ) Outros _____
<b>13. Quem você acha que são as pessoas que praticam VIOLÊNCIA <u>SEXUAL</u> contra crianças e adolescentes?</b> (Pode marcar mais de uma resposta) 1.( <input type="checkbox"/> )Pai    2.( <input type="checkbox"/> )Mãe    3.( <input type="checkbox"/> )Irmãos    4.( <input type="checkbox"/> ) Padrasto    5.( <input type="checkbox"/> )Madrasta    6.( <input type="checkbox"/> )Outro parente _____    7.( <input type="checkbox"/> )Tios 8.( <input type="checkbox"/> )Vizinhos    9.( <input type="checkbox"/> )Amigos    10.( <input type="checkbox"/> )Namorados    11.( <input type="checkbox"/> )Desconhecidos    12.( <input type="checkbox"/> )Cafetões    13.( <input type="checkbox"/> )Prostitutas 14.( <input type="checkbox"/> ) Pessoas na internet    15.( <input type="checkbox"/> ) Não sei    16.( <input type="checkbox"/> ) Outros _____

<b>14. Correlacione a 1ª coluna com a 2ª, de acordo com os tipos de VIOLÊNCIA SEXUAL:</b>		
1) Pedofilia	<input type="checkbox"/>	Relação sexual de adulto ou adolescente mais velho com criança ou outro adolescente.
2) Pornografia	<input type="checkbox"/>	Adulto que sente atração erótica-sexual por crianças e/ou adolescente.
3) Incesto	<input type="checkbox"/>	Adulto que mantém relações sexuais com crianças ou adolescentes da mesma família com uso da força física ou não.
4) Abuso	<input type="checkbox"/>	Adulto que expõe fotos de crianças ou adolescentes com imagens eróticas.
5) Estupro	<input type="checkbox"/>	Comercialização da prática sexual envolvendo crianças e adolescentes com fins de lucro.
6) Exploração Sexual	<input type="checkbox"/>	Relação sexual, onde há penetração, entre um adulto ou adolescente mais velho e uma criança ou outro adolescente, mediante violência ou grave ameaça.
<b>15. Qual seria a sua conduta caso suspeitasse ou identificasse alguma criança e/ou adolescente vítima de VIOLÊNCIA? PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO.</b>		
1. <input type="checkbox"/> Solicitaria um parecer de um outro profissional. Qual? _____		
2. <input type="checkbox"/> Conversaria com a família		
3. <input type="checkbox"/> Perguntaria à criança		
4. <input type="checkbox"/> Não teria tempo de suspeitar durante à consulta		
5. <input type="checkbox"/> Notificaria às autoridades competentes		
6. <input type="checkbox"/> Não saberia o que fazer		
7. <input type="checkbox"/> Não poderia fazer nada		
<b>16. Caso optasse por fazer a notificação, a quem notificaria?</b> _____		
<b>17. Em relação à notificação de casos de VIOLÊNCIA contra crianças e adolescentes, o profissional de saúde:</b>		
1. <input type="checkbox"/> Deve notificar todos os casos (suspeitos ou confirmados)		
2. <input type="checkbox"/> Deve notificar apenas os casos em que a prática de violência fique confirmada		
3. <input type="checkbox"/> Não cabe ao profissional de saúde fazer a notificação		
4. <input type="checkbox"/> Outra		
<b>18. Quais as conseqüências da VIOLÊNCIA para o crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes? (PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO).</b>		
<b>A. ALTERAÇÕES TEMPORÁRIAS</b>	<b>B. ALTERAÇÕES PERMANENTES</b>	<b>C. ( ) NÃO CAUSA ALTERAÇÕES</b>
1. <input type="checkbox"/> Físicas	1. <input type="checkbox"/> Físicas	
2. <input type="checkbox"/> Psicológicas	2. <input type="checkbox"/> Psicológicas	
3. <input type="checkbox"/> Físicas e psicológicas	3. <input type="checkbox"/> Físicas e psicológicas	
<b>19. Você acha que a violência é um problema a ser enfrentado pelo Setor Saúde?</b>		
1. <input type="checkbox"/> Sim      2. <input type="checkbox"/> Não		

### PARTE III

<b>20. Você conhece ou suspeitou que alguma criança ou adolescente tivesse sofrido VIOLÊNCIA (Pode ter sido no local de trabalho ou não)?</b> Caso sua resposta seja não, passe para a QUESTÃO 32.
1. <input type="checkbox"/> Sim    2. <input type="checkbox"/> Não
<b>21. Qual foi o tipo de VIOLÊNCIA?</b> (Se você conhece mais de uma vítima, marque mais de uma resposta)
1. <input type="checkbox"/> Física. Qual? _____ 2. <input type="checkbox"/> Sexual. Qual? _____ 3. <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
<b>22. Que idade aproximada tinha essa criança(s) ou adolescente(s) quando aconteceu essa violência?</b> (Se você conhece mais de uma vítima, coloque as idades de todas elas)
1. <input type="checkbox"/> Idade _____ 2. <input type="checkbox"/> Não sei
<b>23. Qual o sexo da criança/adolescente(vítima)?</b>
1. <input type="checkbox"/> Feminino    2. <input type="checkbox"/> Masculino
<b>24. Que tipo de marca ficou no corpo da criança ou adolescente?</b> (Se você conhece mais de uma vítima, marque mais de uma resposta)
1. <input type="checkbox"/> Não ficaram marcas no corpo    2. <input type="checkbox"/> Lesões na boca    3. <input type="checkbox"/> Lesões nos genitais    4. <input type="checkbox"/> Lesões no ânus    5. <input type="checkbox"/> Lesão em outras partes do corpo    6. <input type="checkbox"/> Não sei informar
<b>25. Em que local aconteceu esta(s) VIOLÊNCIA?</b> (Se conhece mais de uma vítima, pode marcar mais de uma resposta).
1. <input type="checkbox"/> Em casa    2. <input type="checkbox"/> Na escola    3. <input type="checkbox"/> Na rua    4. <input type="checkbox"/> Na casa da vizinha    5. <input type="checkbox"/> Na casa de parentes    6. <input type="checkbox"/> Festa    7. <input type="checkbox"/> Prostíbulo    8. <input type="checkbox"/> Não sei    9. <input type="checkbox"/> Outro _____
<b>26. Em que situação você teve conhecimento deste caso de VIOLÊNCIA?</b> (Se você conhece mais de uma vítima, marque mais de uma resposta)
1. <input type="checkbox"/> Visita domiciliar    2. <input type="checkbox"/> Consulta    3. <input type="checkbox"/> Outro tipo de atendimento _____    4. <input type="checkbox"/> Reunião com grupo de adolescentes    5. <input type="checkbox"/> Fui informado por outra pessoa

<p><b>27. O agressor era:</b> (Se você conhece mais de uma vítima, marque mais de uma resposta)</p> <p>1.( )Pai 2.( )Mãe 3.( )Irmãos 4.( )Padrasto 5.( )Madrasta 6.( )Outro parente _____ 7.( )Tios        8.( )Vizinhos 9.( )Amigos 10.( )Namorados 11.( )Desconhecidos 12.( )Cafetões 13.( )Prostitutas        14.( )Pessoas na internet 15.( ) Não sei 16.( ) Outros</p>
<p><b>28. Em caso de VIOLÊNCIA SEXUAL, que tipo de violência física ocorreu?</b> (Se você conhece mais de uma vítima, marque mais de uma resposta)</p> <p>1.( ) Não ocorreu violência física 2.( ) Tapas ou murros 3.( )Queimadura 4.( ) Cortes 5.( )Não sei        6.( )Outros _____</p>
<p><b>29. Foi feita a notificação?</b> Caso sua resposta seja não, passe para Questão 32.</p> <p>1.( )Sim        2.( )Não. Por quê?-----        -----        -----</p>
<p><b>30. Quem fez a notificação?</b> (Se você conhece mais de uma vítima, marque mais de uma resposta)</p> <p>1.( )Eu 2 ( )A vítima 3.( )Mãe 4.( )Pai 5.( )Avós 6.( )Irmãos 7.( )Outros Parentes _____        8.( )Amigos 9.( )Escola 10.( )Outro profissional de Saúde _____ 11.( )Vizinho 12.( )Conselho Tutelar        13.( )Outra _____ 14.( )Não sei informar 15.( )Anônimo</p>
<p><b>31. Onde foi feita a notificação?</b></p> <p>1.( )Conselho Tutelar 2.( )Delegacia 3.( )Ministério Público 4.( )Juizado da Infância e Juventude        5.( )Outro _____ 6.( )Não sei</p>
<p><b>32. Ordene com números de 1 a 10, por ordem crescente de importância, a atuação dessas categorias no enfrentamento da VIOLÊNCIA</b> (Considere 1 para o menos importante e 10 para o mais importante). <u>NÃO REPITA OS NÚMEROS.</u></p> <p>A.( ) Médico B.( )Enfermeiro C.( )Técnico de enfermagem D.( )Dentista E.( )Psicólogo F.( )Agente Comunitário de Saúde        G.( )Policial H.( )Pessoas da comunidade I.( ) Professores J.( )Gestores de serviços</p>

#### PARTE IV

<p><b>33. Você já recebeu alguma informação ou capacitação para identificar e intervir nos casos de VIOLÊNCIA contra crianças e adolescentes?</b></p> <p>1.( ) Sim Qual a instituição responsável? _____        2.( ) Não recebi</p>
<p><b>34. Se sua resposta foi afirmativa, indique a(s) fonte(s) de informação(s)</b></p> <p>1.( )No curso técnico 2.( ) Em cursos promovidos por associações de classe 3.( ) No local de trabalho 4.( ) Outro        5.( ) Não lembro</p>
<p><b>35. Qual a carga horária?</b> _____</p>
<p><b>36. Você gostaria de receber alguma capacitação?</b></p> <p>1.( ) Sim 2.( ) Não</p>

MUITO OBRIGADA!

Você está contribuindo para o desenvolvimento de ações de prevenção das violências contra crianças e adolescentes na nossa cidade e região.

## APÊNDICE E

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – NNEPA**

Feira de Santana, 12 de junho de 2007.

De: Dra. Maria Conceição Oliveira Costa

Coordenadora do NNEPA e orientadora da pesquisa

Para: Denise Mascarenhas

Secretária de Saúde do Município de Feira de Santana – BA

Sra. Secretária,

### OFÍCIO

Eu, Maria Conceição Oliveira Costa, professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e orientadora da mestranda Maria do Carmo Campos dos Santos, venho através, gentilmente solicitar que possam ser disponibilizadas informações a respeito dos serviços de saúde de Feira de Santana-BA, as quais serão relevantes e necessárias ao desenvolvimento da dissertação da referida mestranda.

Tais informações são:

- Número, por unidade de atuação, dos profissionais de saúde de todas as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família.

Agradeço desde já a sua colaboração e me encontro no aguardo da sua resposta.

Atenciosamente,

---

Profª Dra. Maria Conceição Oliveira Costa  
Coordenadora do Projeto

**APÊNDICE F****UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – NNEPA**

Feira de Santana, 07 de fevereiro de 2008

De: Dra. Maria Conceição Oliveira Costa

Coordenadora do NNEPA e orientadora da pesquisa

Para: Denise Mascarenhas

Secretária de Saúde do Município de Feira de Santana – BA

Sra. Secretária,

Venho por meio deste solicitar a sua autorização para a realização da pesquisa **“CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA-BA FRENTE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES”** nas Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Policlínicas deste município, a qual corresponde a dissertação da mestrandia Maria do Carmo Campos dos Santos e tem como objetivo identificar o conhecimento e a atuação destes profissionais na situação acima referida.

Certa de que contarei com a sua colaboração, aproveito para comunicar-lhe que os dados, após sua autorização serão coletados no período de abril a agosto de 2008 por meio de um questionário presente no projeto que acompanha este ofício. Em tempo, me comprometo em não atrapalhar a rotina das atividades desenvolvidas pelos profissionais participantes, bem como em divulgar os resultados obtidos, enviando-lhe relatório detalhado, para que este venha dar suporte ao planejamento de ações voltadas ao enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em Feira de Santana – BA.

Atenciosamente,

---

Dra. Maria Conceição Oliveira Costa

## APÊNDICE G

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA  
Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep@uefs.br

Feira de Santana, 03 de março de 2008  
Of. CEP-UEFS nº 33/2008

Senhor(a) Pesquisador(a): Maria do Carmo Campos dos santos

Tenho satisfação em informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa intitulado **“Atitudes dos Profissionais de saúde da “atenção básica” frente à violência sexual contra crianças e adolescentes- Feira de Santana-BA”**, registrado neste CEP sob Protocolo N.º 007/2008 (CAAE 007.0.059.000-08), satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado** (vide parecer anexo), podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c, V.Sa.* deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (**03/03/2009**) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

*Dalva França*  
p/ Eliane Elisa de Souza e Azevêdo  
Coordenadora do CEP-UEFS



## APÊNDICE H

**Tabela 16** – Prevalência, Razão de Prevalência e respectivos Intervalos de Confiança, para o relato de notificação de casos suspeitos ou confirmados de vítimas de violência contra crianças e adolescentes, Feira de Santana-BA, 2008.

Variáveis	Notificação de Casos				
	N	N	P (%)	RP (IC95%)	p-valor
<b>Faixa etária (anos)</b>					
22 – 29 anos	26	16	61,5	1,00	-
30 – 39 anos	54	24	44,4	0,72 (0,47 – 1,10)	0,152
40 – 49 anos	38	27	71,1	1,15 (0,80 – 1,66)	0,426
50 ou mais	19	11	57,9	0,94 (0,58 – 1,53)	0,805
<b>Sexo</b>					
Feminino	133	75	56,4	0,89 (0,55 – 1,41)	0,641
Masculino	11	7	63,4	1,00	-
<b>Presença de filhos</b>					
Sim	103	58	56,3	0,96 (0,71 – 1,31)	0,808
Não	41	24	58,5	1,00	-
<b>Tipo de Unidade de Saúde de atuação</b>					
PSF	102	57	55,9	0,94 (0,69 – 1,27)	0,688
UBS	42	25	59,5	1,00	-
<b>Categoria profissional</b>					
Cirurgião-Dentista	3	1	33,3	1,00	-
Médico	20	14	70,0	2,10 (0,41 – 10,67)	0,214
Enfermeiro	19	10	52,6	1,58 (0,30 – 8,27)	0,534
Técnicos de Enfermagem	20	15	75,0	2,25 (0,44 – 11,37)	0,144
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	82	42	51,2	1,54 (0,31 – 7,72)	0,543
<b>Tempo de Serviço (anos)</b>					
≤ 1	19	10	52,6	1,00	-
2 – 5	49	29	59,2	1,12 (0,69 – 1,83)	0,624
6 – 10	51	32	62,7	1,19 (0,74 – 1,92)	0,442
11 anos ou mais	23	10	43,5	0,83 (0,44 – 1,55)	0,554
<b>Capacitação prévia</b>					
Sim	54	34	63,0	1,19 (0,89 – 1,58)	0,235
Não	89	47	52,8	1,00	-

P: Prevalência RP: Razão de Prevalência IC: Intervalo de Confiança